



**BERTA PEREIRA
JACINTO**

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE DO
IDOSO INSTITUCIONALIZADO**



**BERTA PEREIRA
JACINTO**

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE DO
IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob orientação científica da Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo

Equiparada a Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Vogal – Arguente Principal Doutora Maria Assunção Almeida Nogueira

Professora Coordenadora s/Agregação, Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

Vogal – Orientadora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa

Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Um trabalho desta natureza só é possível quando temos ao nosso lado uma série de pessoas que colaboram connosco e tornam-no também possível.

À minha orientadora, a Doutora Liliana Sousa, pela sábia orientação. Por ser alguém que se dedica de alma e coração a tudo aquilo a que se propõe.

Ao Professor Pedro Sá Couto pela disponibilidade e orientação estatística.

Aos Proprietários dos Lares: Maria Fernanda Luís, Luís Miguel Santos, José António Mendes e Sónia Santos pela total abertura em permitir a elaboração do estudo.

À Ana, pela paciência para me ouvir.

Aos meus colegas de mestrado pela partilha.

Ao primo Luciano pelo enorme apoio, paciência e uma infinda disponibilidade

Aos meus pais pelo apoio e encorajamento para ir de encontro aos meus objectivos

A todos os idosos que participaram.

A todos aqueles que não estando aqui mencionados tornaram possível a realização deste trabalho.

A todas estas pessoas o meu profundo agradecimento.

palavras-chave

Qualidade de Vida; Espiritualidade; Idoso; Institucionalização

Resumo

A inversão da pirâmide etária na segunda metade do século XX acarreta um novo fenómeno: o envelhecimento demográfico (Nazareth, 2009). Neste sentido, a sociedade civil tende a organizar-se para criar respostas, entre elas os lares de idosos. Estes emergem inicialmente como “depósitos”, os chamados asilos para velhos. Embora ainda hoje, pareça esta visão houve mudanças que encaminham e exigem das instituições uma maior Qualidade de Vida (QV) para os idosos. Desta preocupação nasce o interesse em avaliar a QV e a Espiritualidade nos lares que estão ligados ao local profissional da autora. Os objectivos deste estudo são: caracterizar a QV e a Espiritualidade destes idosos e como estas duas variáveis se relacionam.

Trata-se de um estudo de caso, quantitativo, exploratório e descritivo que contou com a participação de 35 idosos das 3 instituições propriedade da D. Fernanda: Lar Nossa Senhora da Conceição, Lar de Terceira Idade Frazões e Cantinho da Terceira Idade. Os instrumentos utilizados foram: para avaliar a QV o EASYcare (Sistema de Avaliação de Idosos, Sousa, Figueiredo & Guerra, 2009); para a Espiritualidade, a escala da Espiritualidade de Pinto e Ribeiro (2007).

Os principais resultados indicam que: estes idosos apresentam uma capacidade/QV moderada; a maior capacidade e QV ocorrem em segurança, manter-se saudável, administração da medicação e baixo risco de quedas; a maior dependência e menor QV ocorrem em saúde mental e bem-estar. Espiritualmente estes idosos têm mais crença que esperança. Para os idosos deste lar a espiritualidade é motivadora de esperança para a resolução do stress e problemas de vida analisados nestes índices.

Keywords

Quality of life; Spirituality; Elderly person; Institutionalization

Abstract

From the second half of the 20th century onwards, the inversion of the population pyramid originated a new phenomenon: the demographic ageing (Nazareth, 2009). Therefore, the civil society tried to organize itself in order to create answers and solutions for this new reality, namely the care or nursing homes; initially known as “deposit” - the so called elderly asylums. Although these institutions still maintain a negative connotation, there have been changes through the last years which demand a better Quality of Life (QOL) for the elderly. To achieve this objective, we have to evaluate and measure the QOL and the Spirituality of the old people living at the nursing homes which are part of the workplace of the author. The main objectives of this study are: to characterize the QOL and the Spirituality of these elderly and to understand how these two variables are related. This quantitative, exploratory and descriptive case-study involved 35 elderly persons, from the 3 institutions, which belong to Mrs. Fernanda, namely, Lar Nossa Senhora da Conceição, Lar de Terceira Idade Frazões and Cantinho da Terceira Idade. For the QOL assessment we used EASYcare (Elderly Assessment System, Sousa, Figueiredo & Guerra, 2009); for the spiritual assessment, we used the Pinto and Ribeiro Spirituality Scale (2007).

The main results suggest that: these elderly persons reveal a moderate ability/QOL; the indexes for better ability and QOL are related with safety, healthcare, administration of medication and low risk of falling; a higher dependence and lower QOL are related with mental health and well-being.

The results demonstrated also that spiritually these people give more importance to their beliefs than to their hopes. For the elderly of this nursing home Spirituality originates hope which helps them to deal with the problems and stresses of daily life, analysed in this indexes.

SIGLAS E ABREVIATURAS

A.C. – Antes de Cristo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização para as Nações Unidas

PCUPA – Pessoas Colectivas de Utilidade Pública Administrativa

PNAI – Plano Nacional de Acção para a Inclusão

QV – Qualidade de Vida

SPSS –Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL – World Health Organization Quality of life Questionnaire



INDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. QUALIDADE DE VIDA.....	4
1.1. Origem	4
1.2. Conceito.....	5
1.3. Qualidade de Vida no Idoso	8
2. ESPIRITUALIDADE.....	11
2.1. Origem	11
2.2. Conceito.....	13
2.3. Espiritualidade e Qualidade de Vida.....	14
2.4. Espiritualidade na Velhice.....	16
3. INSTITUCIONALIZAÇÃO	17
3.1. Resenha Histórica da Emergência dos Lares.....	17
3.2. O Idoso Institucionalizado.....	21
4. OBJECTIVOS	25
5. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-GEOGRÁFICA E INSTITUCIONAL	25
5.1. Freguesia de Turquel.....	25
5.2. Freguesia de Carvide.....	26
5.3. Historial da Instituição.....	27
6. METODOLOGIA	30
6.1. Instrumentos	31
6.2. EASYCare (Sistema de Avaliação de Idosos, Sousa, Figueiredo & Guerra, 2009)	31
6.3. Escala de Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).....	33
6.4. Procedimentos.....	34
6.5. Amostra	34
6.5.1. Caracterização da População Acessível	35
6.6. Análise de Dados.....	36
7. RESULTADOS	36
7.1. EASYcare	37
7.2. Espiritualidade	52
7.3. Espiritualidade e variáveis sócio-demográficas	53
7.4. Espiritualidade e EASYcare.....	54
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56



8.1. Perfil dos clientes no grupo nos lares: Nossa Senhora da Conceição, Terceira Idade Frazões e Cantinho da Terceira Idade	56
8.2. Qualidade de Vida Percebida	58
8.3. Espiritualidade	63
8.4. Espiritualidade e Qualidade de Vida	64
8.5. Limites e Perspectivas de Pesquisa	64
8.6. Recomendações	65
9. CONCLUSÕES.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	69
ANEXO 1: CONSENTIMENTO INFORMADO.....	74
ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES	76
ANEXO 3: ESCALA DO EASYCARE	78
ANEXO 4: ESCALA DA ESPIRITUALIDADE	88
ANEXO 5: QUESTIONÁRIO INDEPENDENTE	90



INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da população acessível	35
Tabela 2 – Visão, Audição e Comunicação (%)	37
Tabela 3 – Cuidar de Si (%)	38
Tabela 4 – Mobilidade (%).....	41
Tabela 5 – Segurança (%).....	44
Tabela 6 – Local de Residência e Finanças (%)	45
Tabela 7 –Manter-se Saudável (%).....	46
Tabela 8 – Saúde Mental e Bem-estar (%)	47
Tabela 9 – Administração de Medicação (%).....	49
Tabela 10 – Pontuações globais do EASYcare: lares e dimensões (médias).....	50
Tabela 11– Consistência interna da Escala da Espiritualidade (alpha de Cronbach)	52
Tabela 12 - Escala de Espiritualidade e Lares	52
Tabela 13 – Espiritualidade e idade, escolaridade, rendimento e tempo na instituição (correlação de Pearsons)	53
Tabela 14 – EASYcare e Escala de Avaliação da Espiritualidade (Correlação de Pearsons)	55



INTRODUÇÃO

A pesquisa no âmbito do envelhecimento tem, actualmente, grande pertinência em especial devido ao rápido crescimento desta população. O envelhecimento demográfico é uma realidade em todo o mundo, principalmente nos países industrializados. Com o aumento da esperança média de vida e o declínio da taxa da natalidade, uma nova realidade surgiu em massa: a velhice. Justificando esta análise, Fleck et al (2008: 219) afirmam que *“do ponto de vista histórico-cultural a velhice é jovem”*, tornando-se fulcral o estudo desta população.

A Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma projecção demográfica, na qual verificaram que em 2050 a proporção de jovens continuará a diminuir, atingindo os 21% do total da população. Paralelamente, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050 (INE, 2002). Para além disso, o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. Portugal não é excepção desta panorâmica e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, Censos 2001) em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passou: de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres.

Em consequência torna-se premente que a sociedade civil se organize para responder às necessidades desta população. E já o tem feito na forma de diversas respostas sociais. Assim, este estudo focaliza o grupo de Lares privados: Lar Nossa Senhora da Conceição, Lar de Terceira Idade Frazões e Cantinho da Terceira Idade que têm a mesma proprietária, a D. Fernanda. A pesquisa centra a qualidade de vida (QV) dos idosos nestas instituições, pois a literatura tem demonstrado vários riscos associados à institucionalização. Este estudo foca ainda a espiritualidade e sua relação com a QV.

A opção por estes lares deriva da autora exercer actividade profissional num deles. A autora assume que quer fazer mais e só através do conhecimento da realidade se pode agir e modificar para melhor, por isso este estudo tem uma pertinência fulcral, pois vai proporcionar acções concretas na QV destes idosos.

Aliar a Espiritualidade à QV associa-se a uma história, entre muitas vividas no lar onde trabalha, que aqui se resume: o Sr. Manuel, vamos chamar-lhe assim, resolveu um dia institucionalizar a sua esposa acamada há 9 anos, da qual cuidava carinhosamente; vivera mais do que pensara e a sua velhice não permitia ter forças para aguentar mais um corpo de quase noventa quilos. Durante um mês o Sr. Manuel e a esposa residiram



no mesmo quarto do Lar, ele queria ter a certeza que tinha escolhido o melhor lar para a sua companheira de uma vida. Ao fim de um mês resolveu ir para casa, sentia-se em plena independência para estar na sua casa. Visitava quase todos os dias a esposa, deslocava-se na sua vespa num percurso de 40km. Na despedida de uma dessas visitas dizia-me que tinha muitas dores abdominais, nessa noite recorreu à urgência do hospital, tinha-lhe sido diagnosticada uma neoplasia abdominal. Foi sujeito a intervenção cirúrgica, mas já não havia nada a fazer, pouco tempo depois estava novamente a residir no lar com a sua esposa. Sem nunca saber o problema que tinha esteve bem durante alguns meses, até que um dia a doença começou a manifestar-se de forma galopante. Sempre acompanhado pela consulta de dor, a dor parecia não o deixar. Percorreu um curto mas imenso percurso de angústia e dor. Este Sr. que todos os dias às 9h da manhã me esperava para dizer a adivinha ou anedota do dia, intitulava-se como descrente, estava devastado de dor e sofrimento. Este sofrimento e dor incalculável, que o levaram à loucura, não passaram despercebidos aos seus colegas de lar que o visitavam diariamente no quarto. Certo dia, qual não é o meu espanto, quando irrompi pelo quarto e lá estava ele e a D. Maria de mãos dadas a rezar o terço. Actividade que a D. Maria fazia com tanto carinho, porque como eu, percebeu que lhe trazia alívio. Não sei se pelo facto da companhia da amiga, se pelo nascimento de alguma espiritualidade, eram momentos mais ternos e serenos, em que parecia que a dor se rendia um pouco. O terço com que rezavam pertence à D. Maria, foi abençoado no Rio Jordão, e acompanhou-o na última morada. A D. Maria doou-lho como se do seu maior tesouro se tratasse. Dizia ela com um ar conformado: *“Com ele durante alguns momentos foi feliz”*.

Estruturalmente esta dissertação organiza-se em nove partes.

As três partes iniciais incidem no enquadramento teórico, para compreender a perspectiva dos diversos autores nos seguintes temas: QV e Espiritualidade em que aborda a origem e definição dos conceitos; QV e Espiritualidade relacionada com a realidade do idoso e a relação entre QV e Espiritualidade; o processo da institucionalização através da resenha histórica da emergência dos lares em Portugal, e da realidade do idoso institucionalizado em lar.

Nas partes 4, 5 e 6 procede-se à definição do problema em estudo, dos objectivos, caracterização socio-geográfica das duas localidades em que se inserem os lares (Turquel e Carvide) e a história da instituição. Apresenta-se a metodologia, apresentando os instrumentos utilizados: EASYcare e Escala da Espiritualidade; os procedimentos, caracterização da amostra, análise dos dados.

Na parte 7 procede-se à apresentação dos resultados. Na 8, à discussão dos dados.



O estudo termina com a conclusão (9) resultante da análise dos dados recolhidos através da análise do questionário do EASYcare e a Escala da Espiritualidade efectuados aos idosos dos Lares: Nossa Senhora da Conceição, Lar de Terceira Idade os Frazões e Cantinho da Terceira Idade, situados no distrito de Leiria, concelho de Alcobaça e Leiria.



1. QUALIDADE DE VIDA

1.1. Origem

A busca de significado para a expressão QV parece ser tão antiga quanto a civilização. Desde a Antiguidade, mesmo antes da Era Cristã, já se encontram tentativas de definir a QV. Escritos como *Nicomachean Ethics*, Aristóteles (384-322 A.C.) mencionavam que as pessoas distintas concebiam “boa vida” ou bem-estar como sinónimos de felicidade (Vido *et al*, 2007).

Nas Civilizações Grega e Romana, o culto da forma física tinha como principal objectivo o bem-estar e a saúde. No século XII, em Inglaterra, surgem as primeiras medidas legais de higiene e saúde pública, que se alargam a outros países (França, Alemanha e Itália), e podem ser entendidas como estratégias sociais de procura da melhoria da saúde e da QV das populações. No Renascimento surgem novas medidas que proporcionam o avanço no direito ao bem-estar social, sendo o maior passo marcado pelo reconhecimento dos Direitos do Homem (Almeida, 2008).

Historicamente, o conceito de QV surge pela primeira vez no âmbito da economia (Pimentel, 2003). Vido *et al* (2007) referem que foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, num livro sobre economia e bem-estar material. Nessa obra relaciona QV com o suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas e avalia-se o seu impacto na vida das pessoas e finanças nacionais. No entanto, o conceito acabou por cair no esquecimento (Almeida, 2008).

Na literatura médica o conceito de QV surge na década de 1930 em estudos com objectivo de definir o termo e referenciá-lo na avaliação (Vido *et al*, 2007). É após a II Guerra Mundial, devido ao contexto mundial de morte e doença crónica, que o conceito se torna mais de uso comum. Aparece associado à ideia de “boa vida”, sendo essencialmente utilizado para descrever a posse de bens materiais (*Ibidem, Ibidem*). Ao longo do tempo o conceito foi sendo associado à liberdade pessoal, satisfação e bem-estar emocional (Almeida, 2008).

A partir da década de 1950 o termo tornou-se mais abrangente. O relatório da Comissão dos Objectivos Nacionais do Presidente Eisenhower, em 1960, acrescenta outros elementos ao termo de QV, tais como a saúde, educação, segurança, trabalho, crescimento individual e económico e a diminuição da mortalidade infantil. Este novo pensar na QV foi aplicado na elaboração de políticas sociais. “Na década de 1960, nos



Estados Unidos da América, surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas, cuja finalidade era melhorar a vida de todos os cidadãos, minimizando a desigualdade social” (Paschoal, 2006 in Almeida, 2008: 90).

Com os anos o conceito tornou-se ainda mais abrangente, acrescentando-se a esperança de vida, taxa de abandono escolar, nível de escolaridade, taxa de violência e nível de poluição (*Ibidem, Ibidem*). Com a elaboração de políticas sociais aplicadas nos mais diversos países, concluiu-se que não bastava a análise dos elementos já referidos (QV objectiva) sobre países, regiões e/ou cidadãos. Era, igualmente relevante incluir como a QV era percebida pelas pessoas (QV subjectiva) (*Ibidem, Ibidem*).

A partir da década de 1970 o conceito é introduzido na medicina, decorrendo do seu progresso que teve como consequência o aumento da esperança de vida, permitindo que doenças letais passassem a ser crónicas (Panzini *et al*, 2007). A partir da década de 1980, o conceito estende-se ao senso comum e ganha um valor mais subjectivo (Almeida, 2008).

Na medicina, a QV inicia o seu desenvolvimento pelas doenças oncológicas e cardiovasculares. Mas actualmente, várias outras especialidades se dedicam ao estudo deste conceito (Pimentel, 2003: 23). O interesse e aplicabilidade da expressão QV na área da saúde decorrem sobretudo da definição de saúde assumida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS 1948): “a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença”. Esta definição implica que as iniciativas de promoção de saúde não sejam apenas dirigidas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, mas valoriza também aspectos como, o bem-estar e a QV.

1.2. Conceito

Iniciar a análise do conceito de QV é entrar num mundo de múltiplas definições, dada a enorme variedade de disciplinas que a definem, tais como: enfermagem, psicologia, economia, sociologia, educação e medicina (Leal, 2008). A literatura é unânime em considerar que a QV é composta de várias dimensões: i) biológica que integra a actividade funcional e estrutural através do binómio actividades *versus* limitação de actividade; ii) social através da participação e é avaliada através do binómio participação *versus* restrição da participação e a iii) ambiental traduzida através do binómio presença e disponibilidade de elementos facilitadores *versus* barreiras (Fleck, 2008). Numa época mais distante, Aristóteles (384-322 A.C.) escreveu “ *quer a pessoa mais modesta ou a*



mais refinada (...) entende “vida boa” ou “estar bem” como sinónimo de “estar feliz” (in Pimentel, 2003: 26). A felicidade é um termo muito subjectivo, já que cada ser humano em momentos diferentes da vida concebe felicidade de formas variadas, por exemplo: quando adoece concebe a saúde como sendo felicidade, quando empobrece como riqueza e prosperidade (Vido *et al*, 2007).

Na actualidade a comunicação social tem vinculado a QV de forma indiscriminada, favorecendo uma visão genérica e reducionista (Pestana *et al*, 2007). No entanto, o conceito suscita o interesse da comunidade científica e maior consciencialização, passando a ser integrado por uma abordagem interdisciplinar na tentativa de encontrar soluções holísticas, voltadas para o bem-estar integral do ser humano (*Ibidem, Ibidem*).

Desde épocas mais remotas que o conceito de QV era compreendido como resultado de percepções individuais, podendo variar com a experiência da pessoa num dado momento (*Ibidem, Ibidem*). Actualmente, poderá acrescentar-se que a definição desse conceito também varia com a área disciplinar.

Liu (1975 *in* Almeida: 2008), distinguiu duas componentes na QV: objectiva (aspectos quantitativos) e subjectiva (variáveis qualitativas e mais individuais). Deste modo, agrupa um conjunto de variáveis qualificáveis em indicadores intrínsecos a aspectos: psicológicos, fisiológicos, sócio-ambientais, económicos e políticos. Um ano mais tarde, Campbell *et al*. (1976) definiram QV como um sentimento de satisfação determinado por elementos psicológicos e comportamentais. Seria influenciada por características individuais e por cinco padrões de referência: aspirações e expectativas pessoais; nível patrimonial; referências ao grupo de inserção e necessidades pessoais. Identificaram ainda treze domínios de satisfação para com a vida incluindo a saúde (*in* Almeida: 2008). Devido à subjectividade do conceito e às poucas discussões sobre o tema até à década de 1980, o termo era usado como sinónimo de satisfação com a vida, auto-estima, bem-estar, felicidade, saúde, valor e significado, habilidade de cuidar de si e independência funcional (Ferreira, 2008).

Ainda na mesma década Cohen (1982) construiu uma reflexão sobre a QV, partindo das discussões sobre a realização de cirurgia coronariana. O autor afirmou que a vida humana é a condição para os valores humanos, mostrando uma relação entre o ser vivo biológico e a sua condição subjectiva (*Ibidem, Ibidem*).

O desafio passa a incluir medir QV. Tiel *et al* (1984) argumentam que chegar a um conceito de QV exige a possibilidade de o medir em cada pessoa (saber as suas percepções), sugerem o tipo de perguntas a efectuar para poder analisar e definir esse conceito. Afirmaram que QV é um “*conceito global que inclui as vertentes psicológica,*



social, e física e incorpora tanto os aspectos positivos de bem-estar, como os aspectos negativos da doença” (in Pimentel, 2003: 26).

Calman (1987) considera que existe “boa qualidade de vida” quando as esperanças e expectativas de um indivíduo são satisfeitas pela experiência. Estas expectativas são mudadas pela: idade e experiência de vida. Para o autor a QV tem algumas implicações: i) só pode ser descrita pelo próprio indivíduo; ii) deve considerar vários elementos da vida; iii) está relacionada com os objectivos e metas individuais; iv) a promoção da QV relaciona-se com a capacidade de identificar e atingir objectivos; v) a doença e tratamento podem modificar esses objectivos; vi) os objectivos precisam ser realistas, já que o indivíduo precisa de manter a esperança de os atingir; vii) a acção é necessária para diminuir o hiato entre a realização dos objectivos, e pela redução das expectativas e pode ocorrer através do crescimento pessoal ou da ajuda de outros; viii) o hiato entre as expectativas e a realidade pode ser a força motora de alguns indivíduos (Fleck *et al*, 2008: 26).

Giovani Pires *et al* (1998) referem que *“QV significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito determinam como vive o mundo. Compreende desse modo, situações extremamente variadas, como, escolaridade, atendimento digno em casos de doença e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, a alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada e, até mesmo, posse de electrodomésticos” (in Leal, 2008: 2).*

Segundo Vecchia *et al* (2005) o conceito de QV relaciona-se com auto-estima e bem-estar pessoal, abrangendo um conjunto de factores como: capacidade funcional, nível socioeconómico, estado emocional, interacção social, actividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, próprio estado de saúde, valores culturais, éticos, religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente de inserção. O conceito de QV é subjectivo e depende do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Ao longo dos tempos, verifica-se que diversos autores vão acrescentando itens de avaliação, pois tempos diferentes envolvem exigências variadas e a QV vai-se associando a padrões de vida diferentes (Carneiro & Kluppel, 2008).

Neste estudo adopta-se a direcção do conceito na saúde, pois o instrumento utilizado na avaliação da QV foi desenvolvido com base na definição da OMS. A ambiguidade de definições e a escassez de instrumentos metodológicos de avaliação de QV, levou a



ONU através da OMS, a promover um grupo de trabalho (WHOQOL Group) para encontrar uma proximidade conceitual. A partir do final da década de 1980, especialistas de diferentes áreas e de 15 contextos culturais, condições sociopolíticas, económicas e credos reuniram-se para produzirem um conceito e um instrumento de avaliação da QV: o World Health Organization Quality of life Questionnaire (WHOQOL).

Em 1993 este grupo de trabalho propôs uma definição de QV: *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”* (in Pimentel, 2003:28). A definição desenvolvida por este grupo vai além da sintomatologia e dos efeitos da doença, abrangendo a importância dos sistemas de significação cultural, valores e envolvendo preferências pessoais, QV subjectiva. (Almeida, 2008)

Este grupo considera que o conceito de QV incorpora, de forma complexa: saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. Três elementos fundamentais estão na base do constructo:

- a) – *Subjectividade*, pois centra-se na perspectiva do indivíduo, ou seja, a realidade objectiva só é considerada quando percebida pelo indivíduo;
- b) – *Multidimensionalidade*, porque a QV é composta por várias dimensões. Este aspecto é fundamental para a mensurabilidade através de um instrumento, exigindo diversos domínios e scores por exemplo: físico, mental e social;
- c) – *Presença de dimensões positivas e negativas*. Assim, para que exista uma “boa” QV é necessário que alguns elementos estejam presentes (por exemplo: mobilidade) e outros ausentes (por exemplo: dor) (Fleck, 2008).

1.3. Qualidade de Vida no Idoso

Quando pensamos em QV, parece-nos um conceito inadaptado ao idoso, pois em torno da velhice há um conjunto de mitos, ou seja, representações simbólicas, que dificultam uma visão positiva da velhice (Fernandes, 2002). Berger (1995) identifica sete mitos: i) *“a maioria dos idosos é senil ou doente”*, ii) *“a maior parte dos idosos é infeliz”*, iii) *“os idosos não são tão produtivos como jovens”*, iv) *“a maior parte dos idosos está doente e precisa de ajuda nas suas necessidades quotidianas”*, v) *“os idosos mantém obstinadamente hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar”*, vi) *“todos os idosos se assemelham”* e a vii) *“maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão”* (Ibidem, Ibidem: 27).



Nesta perspectiva a QV na velhice pode emergir quase como uma utopia. O tratado de Senectute de Cícero (43 A.C.) é considerado a primeira tentativa de conceptualização da velhice bem-sucedida (Oliveira: 2008: 103). Busse (1992) e outros autores inspiraram-se em Cícero para dar um sentido mais positivo à velhice. Cícero tentou contestar quatro queixas dos idosos, que podem traduzir-se em mitos da velhice: i) *“afastamento da administração dos negócios, cessação das actividades e exclusão social, porém, os idosos podem tornar-se úteis em diversos domínios”*; ii) *“debilitação do corpo e, redução de forças físicas, mas o declínio físico pode ser compensado com o cultivo da mente e carácter”*; iii) *“impede o desfrutar de quase todos os prazeres, mas pode significar maior promoção da razão e da virtude”*; iv) *“representa a aproximação da morte, mas a morte pode significar libertação e imortalidade”* (Oliveira, 2008: 28). Ou seja, para Cícero a velhice é marcada por uma alternância entre ganhos e perdas, assim como em todos os momentos da vida.

Erickson demonstrou-o na sua teoria do desenvolvimento humano, na qual descreve oito estádios de desenvolvimento psicossocial, cada um com ideias conflituais. A resolução desses conflitos significa a conquista de cada período da vida. Na velhice, a pessoa pode evoluir para a integridade ou para o desespero: entre o desejo de sentir prazer em viver e envelhecer com dignidade e a ansiedade associada à antecipação da idade avançada, da perda de autonomia e da morte. É uma fase do balanço e atribuição de significado à vida passada, de aceitação de si e do fim (Fontaine 2000).

Neste sentido, a QV associa-se à representação individual da vida passada e futura, especialmente procurando saber se atingiu ou não os objectivos que traçou para a sua vida (Barreto, s.d.).

Para Neto (1999, *in* Oliveira: 2008) a velhice como etapa cronológica da vida não é sinónimo de infelicidade. Ele afirma que os idosos não estão menos satisfeitos com a vida por comparação com outras faixas etárias, apesar dos problemas de saúde e financeiros. A literatura sugere que a QV depende mais de características da personalidade e de influências do desenvolvimento ao longo do curso da vida do que da idade ou das condições de saúde (Oliveira: 2008). Além disso, a ausência de relações sociais parece ter influência na diminuição da QV. Alguns estudos indicam que: i) o isolamento é um factor de risco para a saúde; ii) os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde; iii) não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, porque o factor essencial é a apropriação do apoio pelo indivíduo.



Num estudo efectuado por Paul (1992) com 130 idosos a residir em instituições ou na comunidade, verificou-se que a solidão é uma variável comprometedora de satisfação de vida e bem-estar psicológico, independentemente do contexto social. O nível de solidão aumenta em idosos analfabetos pela dificuldade que têm no acesso à informação (Fonseca, 2006). Neste sentido, as condições objectivas de vida, tais como a saúde, o nível socioeconómico, o ambiente social não explicam o bem-estar das pessoas, em geral, nem dos idosos em particular. A felicidade parece depender mais de características da personalidade e de influências do desenvolvimento ao longo do curso da vida (Oliveira: 2008).

A QV na velhice é ainda mais multidimensional pois existem diversas formas de ser velho e diferentes padrões de envelhecimento (*in* Fleck et al, 2008). O envelhecimento é um processo diferencial que revela dados objectivos (debilitação física, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos) e subjectivos que constituem a representação que a pessoa faz do seu envelhecimento (Fontaine, 1999). Lawton, (1991, *ibidem, ibidem*) afirma que a QV na velhice parte de uma avaliação multidimensional em relação aos critérios socionormativos e intrapessoais que buscam referência nas relações actuais, passadas e nas prospectivas.

Um conceito que parece ser preponderante na análise da QV na velhice é a capacidade de adaptação ou o senso de controlo pessoal do idoso às suas novas vivências. Para Lazarus, (1998, *in* Fonseca, 2005) a QV na velhice depende da aquisição de atitudes e processos de coping que permitem à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente activa pelo máximo de tempo possível.

Oliveira (2008:90) refere dois processos de coping nos idosos: o *assimilativo* correspondente a uma tentativa para diminuir as perdas actuais ou antecipadas através de acções compensatórias, tenta transformar as situações negativas em situações que se ajustam aos objectivos ou, diminuindo a discrepância entre o estado actual e desejado ou ideal; e o *acomodativo* sinónimo de adopção de objectivos e padrões de menor nível ou exigência, permitindo manter o sentido de auto-eficácia e controlo sobre a vida.

Baltes e Carstensen (1996, *in* Paúl et al, 2005:285) apontam dois processos interrelacionados para alcançar uma velhice com qualidade: i) “a capacidade de adaptação global às perdas que ocorrem normalmente na velhice”; ii) “os estilos de vida adoptados, que satisfazem os objectivos de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência”.



Segundo Paúl e Fonseca (*in* Almeida 2008) para se avaliar a QV dos idosos é necessário incluir medidas de natureza material, emocional, social e de saúde; sem esquecer que é frequente alguma confusão entre o estado de saúde física e a QV, acabando este último conceito por ser considerado uma consequência directa do estado de saúde. Neri (1999:10) acrescenta algumas determinantes para avaliar a QV na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, actividade, eficácia cognitiva, status social, rendimento, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos).

Coimbra e Brito (1999, *in* Páscoa, 2008:38) argumentam que a QV no idoso é uma percepção global positiva da vida pessoal, para a qual contribuem vários domínios tais como: educação, individualidade, saúde, bem-estar físico, material e social, relações pessoais, actividades cívicas e recreativas. A OMS define QV pela manutenção da saúde, no seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. Paúl e Fonseca (2005) afirmam que a compreensão da QV se configura como a experiência fenomenológica, multidimensional, enquadrada por um dado contexto sociocultural, que ultrapassa largamente a problemática da saúde.

2. ESPIRITUALIDADE

2.1. Origem

Numa perspectiva histórica, a desvinculação progressiva entre a religião e a ciência estabeleceu-se principalmente em três momentos de vida da humanidade: i) o primeiro no século XVI com Copérnico e o heliocentrismo; ii) o segundo no século XIX com Darwin e o evolucionismo; iii) o terceiro e último no século XX com Freud e a psicanálise.

Copérnico defendia que o centro do cosmos não era a Terra mas o Sol. Este astro era o centro de um sistema planetário em que a Terra era um planeta igual aos outros. Esta teoria teve dificuldade em ter visibilidade, porque se opunha à de Aristóteles que tinha sido dada como infalível durante toda a Idade Média, e principalmente, porque na Bíblia a Terra era tida como o centro inequívoco de todo o cosmo (Gook, 1978).

Darwin defendia que todos os seres vivos tiveram uma base simples e primitiva e foram sujeitos a milhões de anos de evolução. Esta evolução teria ocorrido através de constantes mutações genéticas, que ocorriam acidentalmente, mas que se adaptavam melhor às condições ambientais e por selecção natural foram prevalecendo. Tomar-se o



chimpanzé como antepassado do Homem foi considerado uma provocação para a Igreja, que defendia que todos os seres vivos eram desde o início criações individuais.

Freud argumentou a existência de um «eu» inconsciente existente desde a infância, traduzido em pulsões que se destinavam a satisfazer necessidades egoístas e primárias, centradas numa forma precoce e infantil de sexualidade. A sociedade tende a contrariar esta forma do «eu» inconsciente através do processo de socialização, iniciado pelos progenitores. É nesta fase, que se inicia a formação do «super-ego», isto é, o «eu» consciente das regras e normas sociais, o «ego» ou «eu» consciente e o «id» ou «eu» inconsciente dominado pelas pulsões. O ser humano vive num conflito dinâmico entre os seus três «eus».

Freud resume de forma inequívoca os *três golpes* fatais da hegemonia humana “O sistema copernicano retirou à Terra a posição privilegiada de centro do Mundo. A teoria da evolução de Darwin transformou o ser humano num elo da cadeia evolutiva do animal. Porém, o orgulho do Homem irá receber o terceiro e o mais rude golpe quando os estudos psicológicos modernos demonstrarem ao seu «eu» que nem sequer é dono da própria casa, estando sujeito a informações escassas acerca daquilo que se passa inconscientemente na sua alma” (Gook, 1978: 180).

Freud através do ateísmo psicanalítico, Feuerbach do ateísmo filosófico e Marx do ateísmo sociopolítico defendiam que a ciência substituiria a religião (*ibidem, ibidem*). Freud (1927, in Saldanha 2004) classificava a espiritualidade como forma de protecção de medos primitivos, uma forma de neurose colectiva que leva à alienação da realidade. Marx (1844, in *ibidem, ibidem*) caracterizava a espiritualidade como um sintoma decorrente da alienação dos indivíduos na sociedade. A separação entre religião e ciência foi tal que a medicina e, principalmente a psiquiatria, identificava religião como um assunto sem importância e caracterizava as experiências religiosas dos pacientes como uma evidência de diversas psicopatologias (Filho & Sá, 2007).

Após as duas Grandes Guerras do século XX ocorre um forte desenvolvimento tecnológico e com isso a valorização de aspectos científicos em detrimento dos humanistas. Tal levou a que a medicina retirasse do seu curriculum o estudo de humanidades, incluindo a religião, desprestigiando qualquer tentativa nesta direcção (Filho *et al*, 2007). Assim, na idade média existia uma hegemonia religiosa e na era pós-moderna vivesse a hegemonia científica. Essa tendência hegemónica da idade moderna tem-se modificado, e actualmente, vários são os estudos que abordam o tema da Espiritualidade. Einstein defendia que “*sem a religião, a ciência é coxa; sem a ciência, a religião é cega*” (Oliveira: 2008:23).



2.2. Conceito

Numa perspectiva etimológica, o conceito de espiritualidade advém do conceito de espírito que deriva do termo hebraico *ruah* e significa “sopro”. Sopro está associado a vida, o que numa tradução literal indica que espiritualidade significa “sopro de vida”.

Definir espiritualidade exige a discussão da sua aproximação e distinção ao conceito de religiosidade. A literatura refere que são dois conceitos que se sobrepõem, mas também se distinguem: a espiritualidade tem um sentido mais lato e a religiosidade mais restrito.

O conceito religião tem a sua origem na palavra latina *religare* que significa “religar”, que consiste num conjunto de tradições espirituais, enquanto ganham expressão concreta em ritos e celebrações codificadas, cultural e historicamente (Pessini 2005:504). A religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Carneiro 2008).

Vários autores definem o conceito de espiritualidade, embora ainda não haja uma definição de consenso, há alguns pontos em comum (Romer e Puchalsky, 2000, *in ibidem, ibidem*; Boff, 2001, *in* Pegoraro 2009; Panzini, 2007; Jung, 1986, *in* Elias, 2003; Johan Hardwig *in* Pessini 2005; Reed, 1987, *in* Perry 2003; Bolander, 1998; Muldoon & King, 1995 *in* Tombeiro & Ribeiro, s/d): a procura pelo ser humano do significado e sentido de vida, que pode ou não estar ligada a uma religião.

Romer e Puchalsky (2000) caracterizam essa procura como uma construção de “fé” e “sentido”. Fé entendida como uma força transcendental superior, não tem que estar ligada a Deus, nem a alguma religião. Esta fé pode ser externa ou interna ao ser humano. Dalai Lama considera a espiritualidade como algo que produz mudanças no interior do ser humano. Jung (1986, *in* Elias: 2003) acrescenta que esta construção e procura tornam o ser humano mais forte e maduro.

O National Cancer Institute (2006, *in* Pinto & Ribeiro 2010) define espiritualidade como os sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e as suas crenças sobre o significado e o propósito da vida. Assim (Rocha *et al*, *in* Fleck, 2008; Anandarajah & Hight, 2001, *in* Pestana *et al* 2007) apesar de haver uma sobreposição entre os conceitos de religiosidade e espiritualidade, indivíduos ateístas ou agnósticos podem possuir uma grande espiritualidade.

Foram efectuados alguns estudos que pretenderam identificar as várias dimensões da espiritualidade. Algumas dessas dimensões são transversais nos diversos estudos (Cupertino & Novas, 2004; Bryson, 2004, *in* Pessini, 2005; Ross, 1995, *in* Pestana *et al*, 2007): i) sentido e propósito da vida; ii) crença (interior ou exterior), iii) experiências e sentimentos associados a essa busca e ligação, como o amor, esperança e paz interior,



verdade e bondade. Outros autores acrescentam outras dimensões; por exemplo Flank (2004), um psiquiatra que sobreviveu ao campo de concentração de Auschwitz, acrescenta: i) liberdade de vontade (para descobrir o significado da existência do sofrimento); ii) três fontes de sentido da vida que são criatividade (trabalho, boas ações), experiência (arte, natureza, amor, relacionamentos, papéis que desempenhados) e atitude (diante do sofrimento e dos problemas existenciais).

A definição adoptada neste estudo será a do National Cancer Institute (2006, in Pinto & Ribeiro, 2010) que, como referido em supra, *“espiritualidade como os sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e as suas crenças sobre o significado e o propósito da vida”*, porque é a adoptada pelos autores da Escala da Espiritualidade (Pinto & Ribeiro, 2010) utilizada neste estudo.

2.3. Espiritualidade e Qualidade de Vida

Vários estudos têm sido realizados, nas mais diversas áreas, que focam a relação entre QV e espiritualidade/religiosidade. Por exemplo: Strawbridge (1997), Hummer *et al* (1999), Jaffe *et al* (2005) (*in* Guimarães & Avezum, 2007) relacionaram a espiritualidade com a taxa de mortalidade em pacientes com doenças cardiovasculares e concluíram que indivíduos com práticas religiosas tinham uma taxa de mortalidade menor.

Tem havido um interesse crescente da comunidade científica em procurar a relação entre espiritualidade/religiosidade e QV em doenças crónicas. Diversos estudos sugerem que a espiritualidade/religiosidade é uma dimensão importante de esperança e um elemento capacitador de melhora na doença, por isso, proporcionador de QV (Ryan, 1996; Fryback e Reinert, 1999; Robbins *et al*, 2001; Hansel *et al*, 2004, Pestana *et al*, 2007; Pinto & Ribeiro, 2007). Os mesmos resultados foram obtidos pelo grupo WOHQOL (1991), quando relacionou espiritualidade/religiosidade e QV em grupos focais por todo o mundo. Os participantes afirmavam que a espiritualidade, religião e/ou crenças pessoais eram variáveis importantes para a sua QV e saúde.

Na área psiquiátrica foram publicados, no século XX, 850 estudos que relacionaram espiritualidade e saúde mental (Moreira e Almeida, 2006; Guimarães & Avezum, 2007). Os resultados sugerem que a religiosidade promove maior satisfação de vida e bem-estar, maior senso de propósito e significado de vida, maior esperança e optimismo, maior estabilidade no matrimónio, menor ansiedade e depressão (Fleck, 2008).

Também a espiritualidade e QV foram relacionados na última etapa da vida: velhice. Em geral, os estudos indicam correlações positivas entre espiritualidade e QV, pois a



espiritualidade promove o bem-estar físico e mental. Vejamos alguns exemplos: Colantonio et al (1992, in Guimarães & Avezum, 2007: 92) efectuaram um estudo de avaliação dos factores predictores psicossociais para acidente vascular cerebral (AVC), relacionando-os com outras doenças crónicas e hábitos de vida e verificaram que indivíduos com práticas religiosas semanais têm maior protecção de doenças cardiovasculares, pois a espiritualidade promove o controle da ansiedade. Koenging (1998, in Saldanha et al 2004) estudou a importância da espiritualidade numa amostra de idosos com diversos níveis de depressão, agregado ao declínio de saúde e dúvidas face à morte e problemas de funcionamento social; verificou que a espiritualidade tem uma função protectora na depressão de idosos. Carneiro & Kluppel (2008), num estudo de relação entre QV e espiritualidade em 70 idosos institucionalizados, Pais & Tombeiro (s/d) num estudo de relação entre QV, espiritualidade e ânimo, a 57 idosos verificaram que a espiritualidade é um factor proporcionador de apoio existencial proporcionando efeitos positivos na QV integral dos idosos, nomeadamente na atitude face ao próprio envelhecimento e saúde mental. Levy et al (2002, in Ribeiro & Tombeiro, s/d), num estudo longitudinal, acrescentam que uma percepção positiva do envelhecimento contribui para que os indivíduos vivam em média mais 7,5 anos. Ellison (1991, in Saldanha et al, 2004) efectuou um estudo com idosos relacionando a espiritualidade com a visão de vida e morte; verificou-se que ir à igreja e ter uma devoção individual têm um efeito indirecto de satisfação dos idosos, estes comportamentos fortalecem a crença e as visões de mundo, vida e morte.

Embora diversos estudos indiquem que a espiritualidade é uma dimensão importante e propiciadora de QV física e mental, Ness (1999, in Fleck 2008) chama a atenção para as consequências negativas que o fanatismo espiritual/religioso pode gerar. Não podemos negligenciar o fanatismo violento, o ascetismo extremado e o tradicionalismo opressivo. Pargament et al (1998, in Panzini et al 2007) verificaram numa amostra de 551 idosos hospitalizados com uma doença grave níveis de melhora ou piora de saúde conforme os indivíduos se relacionam com a espiritualidade de forma positiva ou negativa.

Sintetizando a espiritualidade é um conceito pessoal, influenciado pela cultura, pelas experiências de vida, por crenças e valores da vida. Permite-nos amar, ter esperança, procurar um sentido para a vida e criar relações com os outros. A espiritualidade manifesta-se nas dimensões fisiológica, psicológica e sociológica (Perry, 1999:469) e é utilizada como uma estratégia de *coping*.



2.4. Espiritualidade na Velhice

Erickson (1950, in (Monteiro & Santos, s/d) designou a última etapa do desenvolvimento humano como o estágio de *integridade versus desespero*, que ocorre a partir dos 65 anos de idade, início da velhice. Nesta fase, o indivíduo passa por um estágio de introspecção, de procura do sentido da vida. A questão que se coloca é: “teve a minha vida sentido ou falhei?”. O conflito surge quando o indivíduo faz esta avaliação interior: evolui para a integridade se considerar o balanço da sua vida positivo; avança para o desespero se a avaliação for negativa e o indivíduo já não vai ter tempo para recuperar o que perdeu. De acordo com a definição adoptada neste estudo do National Cancer Institute, a espiritualidade associa-se a sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e as suas crenças sobre o significado e o propósito da vida. Interligando a definição de espiritualidade e o modelo de Erikson parece que é na velhice que a espiritualidade assume um maior sentido. O idoso ao avaliar a vida como positiva inclui-se no pólo positivo do conflito de Erikson, a integridade, assim, o idoso vai entrar numa fase de preparação para o final de vida. Macfadden (1990, in Saldanha et al 2004) propõe uma definição de espiritualidade baseada nos discursos dos idosos como uma referência à força maior provedora de significado na vida, que oferece transcendência do sofrimento e/ou perda, bem como a certeza de que além da morte, em algum lugar existe um horizonte. Parece que uma das dimensões da espiritualidade, a procura do sentido da vida, ganha maior significado na velhice. Isto é, a espiritualidade como uma dimensão de vivência humana que dá suporte ao prejudicial e ao incerto.

A velhice sendo a última etapa da vida está mais próxima da morte, proporcionando ao indivíduo maior proximidade com a sua espiritualidade. Jung (s/n, in Fleck, 2008) refere que nesta fase da vida as pessoas tornam-se mais introspectivas e existe uma constante reavaliação, na busca de um melhor entendimento dos processos de vida e de morte. Rubem Alves (1999) refere que a espiritualidade ao contribuir na procura do sentido da vida dá força para viver e coragem para poder morrer, se necessário, por tudo o que dá sentido à vida. Neri (2001) considera que prolongar a vida sem proporcionar um sentido para a existência não é a melhor resposta para o desafio do envelhecimento. Num estudo com 7 idosos, Silva & Alves (2007) verificaram que a espiritualidade se revelou um forte indicador de resiliência e superação das adversidades. Assim, comporta uma série de valores e atitudes humanas e cristãs importantes para se viver, especialmente nesta



última etapa, com maior bem-estar. Aprender a ser é saber enfrentar a verdade sobre si, é estar seguro de que se tem valor, merece viver e ser feliz.

Oliveira (2003:75) refere a importância “*gero(nte)transcendência e de transcendência cósmica*”, numa perspectiva desenvolvimentista, particularmente na velhice, e propiciadora de satisfação com a vida. Pargament (1997, *in* Saldanha 2004) argumenta o efeito da espiritualidade como mediador entre o stress e a saúde emocional e física dos idosos.

Ao falar-se de envelhecimento a espiritualidade é um actor que ganha um destaque na promoção de um envelhecimento bem-sucedido, nas seguintes áreas: i) alívio da ansiedade do idoso; ii) força integradora; iii) potencial a ser maximizado com o passar dos anos; iv) preparação diante da própria finitude; v) transcendência; vi) espiritualidade integradora da personalidade; e vii) significado para a vida e para a morte.

3. INSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1. Resenha Histórica da Emergência dos Lares

Até finais do séc. XV, mais precisamente, 1498, a assistência, em Portugal, era prestada por ordens militares, religiosas, leprosarias, confrarias, mercearias, hospitais e benfeitoria de reis, rainhas e nobres. As leprosarias, como o próprio nome indica, serviam para acolher os leprosos, estas foram desaparecendo à medida que a doença se extinguiu. As confrarias organizavam procissões e tudo o que estava envolvido pelo culto e auxiliavam pobres envergonhados, pobres doentes que se salvavam através da religião. Estas estavam voltadas para dentro de si mesmas beneficiando, apenas, os que nelas estavam integrados. As mercearias baseavam-se numa relação clientelar, em que os merceeiros ou merceeiras (pobres envergonhados sem riqueza para manter o seu estatuto social respectivo, e impedidos de assumir publicamente a pobreza, geralmente idosos) rezavam pela alma do seu patrono, em troca este último concedia-lhes uma doação suficiente que permitisse o seu sustento. Os hospitais, única instituição que permanece até aos dias de hoje, foi sofrendo alterações. Inicialmente dedicava-se a asilar pobres. Com as reformas no final do séc. XV este presta-se a responder apenas a necessidades de saúde (Sá, 1997). Os Reis, Rainhas e nobres que procuravam, através da realização do bem, a purificação da alma para ascenderem a um lugar divino. Araújo (1997: 449) afirma “*no transcurso da evolução observada (1700-1830) o que ressalta é o triunfo gradual do*



modelo filantrópico sobre o velho paradigma da caridade piedosa, entendida, desde a longínqua Idade Média, como tesouro de salvação pessoal.”

Mas com as modificações na vida social devido às transformações económicas, derivadas da Revolução Industrial, do séc. XVI irá ocorrer uma evolução tanto da civilização como na organização da mesma. As mudanças na organização da agricultura e na vida urbana (que se produziam um pouco por todo o lado, ainda que com intensidades e ritmos diferentes) revelaram-se geradores de uma miséria de características e incidências sociais nunca antes vista na Europa (Geremek, 1986).

Como país integrante do continente europeu, Portugal, à semelhança da Europa também sofre destas alterações sociais, e as cidades “enchem-se” de novos mendigos. Assim, assiste-se a uma reacção generalizada de organização desta caridade privada para a centralização nas autoridades locais. Para fazer face a esta nova problemática surge, na sociedade civil, uma nova instituição: os recolhimentos femininos, que visavam a protecção da honra feminina (Sá, 1997).

É a partir do séc. XVII que a assistência à população demarcada pela caridade religiosa passa ser encarada como um dever do Estado e da sociedade civil. Para esta mudança de actuação muito contribuiu o terramoto que devastou Lisboa em 1755, e com o intuito de fazer face às problemáticas sociais inerentes a este fenómeno foi criada em 3 de Julho de 1780, no reinado de D. Maria I, a Casa Pia. Este foi o marco de viragem da assistência religiosa para a assistência social pública/ estatal em Portugal.

Fernando Maia (in Fernandes, 1997) afirma que para além do surgimento da Casa Pia, houve também a criação de instituições direccionadas para diferentes populações, foram criados os asilos de infância, asilos de mendicidade e asilos para velhos e inválidos. Nesta época, a referência aos idosos ainda era sinónimo de incapacidade material de subsistência e abrigo.

No século XIX, Portugal assiste a um período de crescimento económico e transformações políticas, económicas e sociais conturbadas decorrentes de um processo de industrialização precário. Devido aos baixos salários e falta de condições laborais assiste-se a movimentos de operários e artesãos que têm uma fraca expressão em relação à velhice. São criadas mutualidades ou associações de socorros mútuos que incidiam mais no apoio em caso de doença.

O ponto de viragem é dado com a Constituição de 1933, em que o Estado se afasta da responsabilidade da previdência social não assumindo os seus encargos financeiros, mas interessa-se em promover o surgimento e desenvolvimento das instituições de solidariedade social, previdência, cooperação e mutualidade. Estas são criadas para



suprir as necessidades da população nos casos de doença, desemprego, velhice entre outras. Não tendo responsabilidades financeiras, ao Estado estava incumbido a coordenação, direcção e impulso de todas as actividades sociais (Fernandes 1997).

Assim, em 1963 foi criada a Lei 2120 de 19 de Julho que instituiu as Instituições Particulares de Assistência, que eram consideradas Pessoas Colectivas de Utilidade Pública Administrativa (PCUPA) e assumiam as formas de Associações de Beneficentes, Institutos de Assistência (religiosos ou não) ou Institutos de Utilidade Local (Fundações). Foi com a Constituição de 1976, no artigo nº 63 *“prescreve que a organização do sistema de segurança social não prejudicará a existência de instituições privadas de solidariedade social não lucrativas que serão permitidas, regulamentadas por lei e sujeitas a fiscalização do Estado”*, foi neste artigo que surge a primeira vez o termo Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Com base neste direito constitucional foi criado o Decreto-lei (DL) n.º 519-G2/79 de 29 de Dezembro que regulamenta o Estatuto das IPSS.

Estas instituições a par com o Estado foram criando respostas às necessidades da população, nomeadamente à mais idosa. Mas é a partir do início da década de setenta do século XX, de acordo com as políticas sociais direccionadas à velhice, as instituições criam respostas tendo em vista a prevenção e integração das pessoas idosas na comunidade (Fernandes, 1997).

Para Fernandes (1997), é no início da década de setenta, de acordo com as novas políticas sociais da velhice, as instituições são criadas tendo em vista a prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade. Actualmente, há dois tipos de serviços de apoio à velhice, os que têm como objectivo principal manter o idoso na sua residência: Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Convívio e Centro de Noite e os que permitem a institucionalização total: lares e residências. A que iremos aqui abordar, dado que é aquela em que o estudo decorreu, em um lar de idosos. Actualmente, há três estruturas nacionais que asseguram estes serviços: entidades públicas totalmente geridas pelo Estado através do orçamento de estado; as IPSS uma parceria entre público e privado, são geridas por uma direcção local de responsabilidade privada mas têm apoios e são emanadas pelo Estado, não têm fins lucrativos, e as Privadas com fins lucrativos são geridas e financiadas pelos proprietários. Esta ultima regulamentada desde 24 de Janeiro de 1989 através do Decreto-lei n.º 30/89 e substituído pelo Decreto-lei n.º 133-A/97 de 30 de Maio.

Como podemos aferir anteriormente, estes lares derivam de antigas instituições asilares em que os indigentes eram sujeitos a cumprir regras. Recordemos, o caso das



mercearias, geralmente constituídas por idosos, que rezavam pela alma do seu patrono em troca de sustento. Nestas instituições, o objectivo principal não era a satisfação das necessidades do idoso para a sua QV, mas o cumprimento de tarefas para que em troca fosse mantida a sobrevivência. Esta designação de asilo apareceu no final dos anos cinquenta do séc. XX (Almeida, 2008). Fernandes (1997) afirma que as instituições que recebemos do passado foram os asilos e os hospícios destinados a albergar os indigentes, mendigos e velhos.

Analisando o conceito no Dicionário de Houaiss de Língua Portuguesa (2002), verificamos o reforço dessa definição; asilo é uma instituição de assistência social onde são abrigados para sustento e/ou educação crianças, mendigos, doentes mentais, idosos. Ainda hoje, com toda a evolução das políticas e equipamentos sociais, os lares são vistos como locais apenas de deveres e sobrevivência e não um local onde o idoso também tem direitos e serviços que proporcionem o seu bem-estar e manutenção da sua QV.

A definição de lar também tem sido alterada desde o decreto-lei 30/89 de 24 de Janeiro, n.1 do art.º 6 em que lares de idosos eram definidos como *“estabelecimentos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas”*, actualmente, a definição de lar é remetida no Despacho normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro, norma I e sofreu algumas alterações, *“considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”*.

Como podemos verificar este novo conceito de lar não tem apenas contemplado a satisfação das necessidades fisiológicas mas também as sociais e de auto-realização, proporcionando a melhoria de QV do idoso. De acordo com a carta social de 2008, a tendência ao longo dos anos tem sido o aumento das respostas sociais para as pessoas idosas, a nível nacional, ocupa 52% do total de respostas sociais. De 1998 a 2008 houve um crescimento das respostas sociais para pessoas idosas que atingiu os 51,1%, tendo sido identificadas em 2008, 6800 valências. Ao longo destes dez anos a Residência e Lar de idosos teve um aumento de 39%, havendo mais 16 350 lugares, tendo uma taxa de ocupação de 96,9%. Canalizando as tendências nacionais para o Distrito em estudo – Leiria – existem 11 287 respostas sociais para pessoas idosas, sendo que 3716 são lares de idosos. Ao nível concelhio, nomeadamente no de Alcobaça e Leiria existem 492 e 943 lares de idosos, respectivamente.



Este aumento no investimento de respostas sociais para idosos, nomeadamente na resposta social de lar acontece a par do aumento da população idosa, que segundo, dados do INE 2001, duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001 e por uma crescente preocupação por parte do Estado com esta população. Sinónimo disso é o Plano Nacional para a Inclusão (PNAI 2006-2008) que contém como primeira prioridade combater a pobreza das crianças e idosos e fá-lo através *“da promoção de níveis de bem-estar satisfatórios e compatíveis com a dignidade humana”*. A operacionalização deste objectivo passa também pela *“contratualização e territorialização das respostas. O desenvolvimento de respostas sociais dirigidas a estes grupos terá igualmente impactos decisivos na prossecução de uma verdadeira igualdade de oportunidades...”* (PNAI, 2006-2008: 47).

3.2. O Idoso Institucionalizado

Uma reflexão sobre a temática do idoso institucionalizado exige a definição do conceito de institucionalização. De acordo com o dicionário de Houaiss da Língua Portuguesa (2003), é o acto ou o efeito de se institucionalizar, isto é, é dar ou adquirir carácter de instituição. A instituição é um organismo público ou privado, estabelecido por meio de leis ou estatutos que visa atender uma determinada necessidade da sociedade. Neste contexto, uma pessoa é institucionalizada porque tem uma necessidade que não está a ter resposta na comunidade e adapta-se à instituição.

Jacob (2001) define a institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Idosos institucionalizados residentes são os que vivem 24 horas por dia numa instituição, nos casos dos lares ou residências. Assim, é relevante tentar compreender se institucionalizar pessoas idosas será uma perda ou um benefício. A institucionalização crescente dos idosos associa-se ao aumento populacional desta faixa etária e às modificações ocorrentes na estrutura familiar.

Com a Revolução Industrial assistiu-se à entrada da mulher no mercado de trabalho e a um aumento da independência do casal em relação às famílias de origem. Também se assiste à diminuição do número de filhos por casal e, com a evolução da medicina, ao aumento da esperança média de vida. Estas mutações da vida quotidiana na sociedade contemporânea exigem que a sociedade civil se organize para responder a algumas funções que a família não consegue assumir. Contudo, a família continua a ter um papel fulcral no apoio instrumental e no bem-estar psicológico do idoso (Paúl, 1997).



É nesta tentativa de apoio à família que começam a surgir na sociedade civil novas respostas de apoio aos mais idosos. A decisão sobre o recurso à institucionalização não é fácil para a família. Por um lado, os meios de comunicação difundem imagens dos lares como lugares sombrios, malcheirosos, em estado degradante; por outro lado, os julgamentos sociais acerca de quem procura este apoio (por exemplo, designando-os de “filhos ingratos”) fomentam sentimentos de culpabilização à família (Born *in* Netto, 2002). Várias razões levam a família e/ou o idoso a tomar a decisão de institucionalização (Cardão, 2009), (Wilmoth, 2002 *in* Almeida 2008), Born e Boechat (2006, *in* Almeida 2008): a família não tem tempo ou capacidade para cuidar do idoso pelo elevado grau de dependência físico e/ou mental; viuvez; idade Kane (1987, *in* Freitas *et al* 2002) acrescenta a etnia e a pobreza; para além disso, pode ocorrer a ausência de suporte familiar ou conflitos familiares que fragilizam o idoso e o levam à institucionalização.

Para o idoso, mesmo quando a institucionalização é da sua vontade/decisão, é motivadora de sentimentos de perda, nomeadamente (Sousa *et al* 2004; Paúl 1997; Cardão: 2009; Jacob 2007; Holper; 2000): a saída do local onde viveu uma vida e tem uma relação muito especial com todo aquele espaço, com perda e/ou ruptura com pessoas da sua rede social; alteração para rotinas estandardizadas. Contudo tudo isto também pode gerar sentimentos de ganho: diminuição do medo nocturno, acompanhamento de cuidados, e para idosos muito isolados há um aumento da sua rede social.

Analisando as perspectivas do processo de institucionalização pelo idoso e da família, verifica-se uma visão dicotómica, desta nova realidade: desconfiança versus confiança. Para o idoso a entrada no meio institucional é ter de lidar com desconfiança e angústia proporcionada pelo sentimento de mudança; o confronto com esta nova vida proporciona o aparecimento de medos (Bayle, 2000 *in* Cardão, 2009): de ser maltratado, do desrespeito pela integridade física e psicológica, do abandono familiar, dos novos colegas, dos funcionários e da perda de liberdade. A família, inversamente, aposta na possibilidade do seu idoso ter mais convívio, ser mais acompanhado ao nível dos cuidados básicos e da saúde (Cardão, 2009).

Obviamente que o idoso passará por uma fase de readaptação e integração a uma nova vida. Para Sousa *et al* (2004), esta fase está completa e ganha quando o idoso considera a instituição a sua casa. Grogger (1995, *in* Sousa *et al*, 2004) apresenta três factores para o aparecimento deste sentimento: i) circunstâncias da institucionalização; ii) definições subjectivas de lar de idosos; e iii) a continuidade alcançada após a mudança para o lar. Quanto às circunstâncias da institucionalização esta deve ocorrer da decisão



do tipo preferencial (o idoso pondera ir para o lar) ou estratégico (consequência de um planeamento efectuado pelo idoso ao longo da vida) em detrimento da relutante (o idoso discordou ou resistiu à ida para o lar) ou passiva (decisão tomada por outros). As definições subjectivas remetem-se à personalidade de cada um e à opinião individual do que é que um bom lar. Sousa et al (2004) referem que segundo a opinião dos idosos, um bom lar é aquele que: tem actividades de animação, possibilita saídas, fornece boa alimentação, tem pessoal simpático e competente não rotativo, facilita aos residentes momentos de convívio entre eles, oferece conforto físico, disponibiliza serviços de apoio (fisioterapia, enfermagem, educação física...), é seguro, não é demasiado grande.

Com a continuidade da estadia no lar, este deve garantir autonomia, privacidade, direito de escolha, independência ao idoso e dignidade. Born (2002, *in* Cardão 2009) acrescenta que essa dignidade deve ser reconhecida até no leito da morte. Estes últimos requisitos têm gerado maior polémica pela comunidade científica, pois referem que não são respeitados pela comunidade institucional, no geral, considerada para alguns autores como um “mundo à parte”. Isto é, aquele em que os idosos perdem o controlo das suas actividades diárias e horários, normalmente impostos: controlo na higiene, alimentação, limpeza e arrumação dos quartos, medicação; a uniformização de regras e normas (por exemplo estar no quarto fora de horas de dormir, local de privacidade, onde não deve receber visitas a não ser que esteja doente ou dependente); a vida monótona e rotineira; o desinvestimento do cuidado com o corpo e auto-imagem; tratar o idoso como ser assexuado que promove a sua desumanização, a despersonalização (pouca privacidade) (Cardão, 2009, Uhlenberg 1997 *in* Vaz 2009, Sousa e al 2004, Fernandes, 2002).

Quintela (2007) afirma que as respostas às necessidades da população que envelhece não podem reflectir a diversidade conceptual de cada dirigente de um serviço público ou privado sobre o envelhecimento ou velhice. Cardão (2009) e Fernandes (2002) afirmam que esta tendência de uniformização e paternalismo exacerbado que cultiva a falta de estimulação dos comportamentos existente na instituição promove uma maior dependência do idoso, que assume maior gravidade se o idoso já for dependente, pois já não é incentivado a manter e/ou desenvolver competências como vestir ou alimentar-se. Estes comportamentos institucionais proporcionam perda de auto-estima, depressões, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior.

Fernandes (2002) afirma que alguns estudos têm demonstrado efeitos menos nocivos no processo de institucionalização. Embora o processo de institucionalização possa ter um impacto na interacção social e auto-estima, há opiniões controversas, considerando que



a institucionalização pode ser útil para a auto-estima, porque aumenta oportunidades de interacção e papéis sociais adequados ao idoso.

Com o objectivo de proporcionar cuidados de qualidade ao idoso, em 1984 a OMS estabeleceu seis objectivos para a sua prestação:

- *Contribuir para que o idoso morra tranquilo;*
- *Dar suporte à família do idoso;*
- *Manter a qualidade de vida;*
- *Prevenir a perda de aptidões funcionais;*
- *Proporcionar assistência de qualidade (Jacob, 2001).*

Para minorar as consequências negativas da institucionalização, em 24 de Setembro de 1993, realizou-se na Holanda um encontro da Associação Europeia de Directores de Instituições de Idosos onde surgiu um documento denominado – Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições. Aqui definem-se algumas directivas de funcionamento (Born & Boechat et al 2002):

“ – *Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição;*

- *Manter a autonomia do idoso;*
- *Favorecer a livre expressão da sua vontade;*
- *Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade;*
- *Possibilitar liberdade de escolha;*
- *Garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa;*
- *Respeitar a privacidade;*
- *Reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação;*
- *Reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme a sua escolha;*
- *Respeitar a manutenção do seu papel social;*
- *Garantir acesso ao melhor cuidado conforme o seu estado de saúde;*
- *Proporcionar cuidado integral e não apenas médico”.*

Quintela (2001, *in* Almeida 2009:82) coloca em evidência capacidade de flexibilidade e visão holística que as instituições têm que adoptar para que possamos ter idosos felizes. “*Todos os serviços ... que se regulam por ópticas institucionais têm que evoluir, face às novas realidades demográficas e sociais, numa atitude proactiva, produzindo cuidados e apoio competentes nesta matéria, com sentido realista dos constrangimentos ainda existentes, mas intransigentes na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas*”.



4. OBJECTIVOS

Este estudo examina a QV e a Espiritualidade do idoso (mais de 65 anos) institucionalizado, assim como a relação entre essas variáveis, no grupo de Lares cuja proprietária é a D. Fernanda. Saliente-se que o seu primeiro lar existe há 25 anos e esta é a primeira investigação que lá se desenvolve. Em termos específicos este estudo procura: i) caracterizar a QV percebida pelo idoso institucionalizado; ii) caracterizar a Espiritualidade do idoso institucionalizado; iii) compreender a relação entre QV e Espiritualidade do idoso institucionalizado. Este estudo é relevante para poder proporcionar aos idosos destes lares melhores serviços que proporcionem um aumento na QV de cada um deles. Como a autora exerce actividade em um dos lares em estudo a pertinência deste estudo é que terá aplicabilidade prática e real na vida destes idosos.

5. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-GEOGRÁFICA E INSTITUCIONAL

5.1. Freguesia de Turquel



Existem várias hipóteses sobre a origem da palavra que dá nome à Vila de Turquel. De acordo com o escritor Pinho Leal, e aceite pelo turquelense José Diogo Ribeiro, Turquel seria a “corrupção” de Turquelo ou Turuquel, significando “Monte Pequeno”. Poderá também ser considerada outra versão etimológica da palavra Turquel. O antigo Turuquelo ou Turuquel poderia ter sido a corrupção de *tutur querula*, pois tutur ou tuturella é a palavra “rola” que aparece na mão do Menino Jesus, ao colo da Senhora da Conceição, padroeira da freguesia. Numa última versão, Turquel deriva das duas palavras finais da expressão “Mia siôra turo quer” (minha senhora tudo quer) atribuída à escrava de uma dama abastada.

A freguesia de Turquel foi, outrora uma das treze vilas, com suas dependências que, constituíram a célebre comenda da ordem de Cister em Portugal, conhecida pela denominação de *Coutos de Alcobaça*. O que agora é uma freguesia, outrora foi concelho, da comarca de Leiria e compreendia a freguesia do mesmo nome e a parte oriental da freguesia da Benedita (Ribeiro, 1903:41). Desconhece-se a época precisa de criação de Turquel enquanto concelho mas foi extinto pouco depois da abolição das ordens religiosas, subsistiu até 1835.



Actualmente, a povoação de Turquel insere-se no concelho de Alcobaça, distrito de Leiria e da região plano de Lisboa e Vale do Tejo, região oeste. É sede de uma das 19 freguesias que constituem o concelho de Alcobaça. A freguesia de Turquel confina a Norte com a de Évora de Alcobaça, a Oeste com as do Vimeiro e Santa Catarina (esta última pertencente já ao concelho de Caldas da Rainha); a Sul com Benedita; e a Leste com Alcobertas (no concelho de Rio Maior) e Arrimal (concelho de Porto de Mós). Pelo concelho de Porto de Mós, Turquel tem um limite natural “A Serra de Aire e Candeeiros”. Turquel tem uma área total de 40 Km, é a terceira maior freguesia do concelho de Alcobaça e é constituída por 22 lugares: Ardido, Azambujeira, Cabeça Alta, Cabeça Ruiva, Carvalhal, Casal de Baixo, Casal da Lagoa, Casal de Val de Ventos, Chão do Galego, Charneca do Rio Seco, Covão do Milho, Feitosa, Frazões, Gaiteiros, Lagoa das Talas, Louções, Moita do Poço, Moniz, Orjo, Poço das Vinhas, Redonda e Silval e Turquel.

Quanto à densidade populacional, segundo dados do INE de 2001, a freguesia de Turquel tinha uma população de 4342 habitantes, sendo que 15% (667 indivíduos) tem 65 ou mais anos. Da população activa, o sector com mais prevalência é o secundário com 1021 (51,3%), seguidamente o terciário com 757 (38%) e por fim o primário com 213 (10,7%).

Turquel existem 2 Lares Particulares/Lucrativos também com a valência de Centro de Dia e uma IPSS com as valências na área da infância (creche, jardim de infância e actividade de tempos livre (ATL) e na área dos idosos (Centro de Convívio e Serviço de Apoio Domiciliário).

Numa óptica concelhia, Turquel apresenta uma das taxas de analfabetismo mais elevadas, nomeadamente: a freguesias de Cela (21%), Évora de Alcobaça (19%), Turquel (18%), Alfeizerão e Prazeres ambas com uma taxa na ordem dos 17%.

5.2. Freguesia de Carvide

Onde é o lugar de Carvide havia umas “alminhas” junto uma videira grande. As tais “alminhas” eram conhecidas por “Ara da Vude”. Deste nome, por aglutinação, resultou a designação de “ARAVIDE”. O animal de um mercador estragou a dita videira e foi condenado a pagar uma pesada indemnização pelos prejuízos causados pelo animal. E disse: “Cara a Vida”. Daqui surgiu “Carvide”. (Alberto, 1991: 9).



Carvide é uma das 29 freguesias do Concelho e Distrito de Leiria.



Fica a cerca de 20Kms a noroeste de Leiria e a 7 Kms do Atlântico, entre o Rio Lis e o Pinhal de Leiria (Alberto, 1991:11), ocupa uma área de cerca de 12,61 Km² a Oeste do Concelho de Leiria confrontando a Oeste com a freguesia da Carreira, a Sul com a freguesia de Monte Real e a Norte e a Oeste com a freguesia de Vieira de Leiria, esta pertencente ao concelho de Marinha Grande.

No ano de 1632, o Bispo D. Dinis desmembrou da Freguesia de Monte Real uma nova Freguesia, Carvide, cujo Padroeiro é S. Lourenço, por haver desde 1592 uma ermida da invocação ao mesmo Santo. A população ficou de pagar ao cura um alqueire de trigo, e os viúvos e viúvas meio alqueire, como forma de prestar toda a ajuda nas casas do cura, na Igreja, capela e sacristia. Esta freguesia tem uma densidade populacional de 231 habitantes por km² e tem uma população residente de 2913 habitantes. De acordo com a tendência nacional, esta freguesia tem um maior número de população idosa.

De acordo o INE, Censos 2001, 57% da população empregada trabalha no sector secundário, 40% no sector terciário e no sector primário uma relevância mínima 3%. No sector secundário as actividades económicas mais relevantes são: a indústria transformadora (21,6%), [dentro desta, as industrias de produtos não metálicos (18,8%), e produtos metálicos (25%) as de maior peso] e a construção civil (28,4%); no sector terciário o comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos apresenta uma maior relevância económica (18,9%). Nesta trilogia o comércio por grosso corresponde a 50% da actividade.

Numa optica concelhia Carvide apresenta uma taxa de analfabetismo de 18,6% é uma das freguesias com maior taxa de analfabetismo: Memória 33,4%; Souto da Carpalhosa 21,6%, Amor 21,1%, Azoia 20,7%; Colmeias 20,4%; Bajouca e Coimbrão 20,3%, Ortigosa 19,2%; Monte Redondo 19,7%; Chainça 19%; Santa Eufémia 18,8%; Carvide 18,6%; Milagres 18,3%; Cortes 16,9%; Santa Catarina da Serra 16,8%; Maceira e Regueira de Pontes 16,3%; Monte Real e Pousos 15,7%; Parceiros; 15,1%; Marrazes 14,3%; Barosa 14% e Leiria 9,6%.

5.3. Historial da Instituição

Todo o ser humano ao longo da sua vida projecta, sonha, idealiza o seu percurso de vida. A construção de um projecto de vida é inerente ao Homem. Maria Fernanda Luís, uma mulher nascida e criada num meio rural, oriunda de famílias humildes e trabalhadoras, não fugiu a esta regra.



Desde tenra idade – 7 anos – começou a trabalhar aos fins-de-semana na venda ambulante. Com a mãe ia para o mercado vender tremoços e pevides e gostava de ajudar o seu pai que era sapateiro. Ajudava-o na oficina e nas entregas. Para além destas actividades, os pais tinham uma Taberna, onde após a escola ela também ajudava.

Desde pequena que a D. Fernanda tinha um carinho especial pelos idosos. Tinha uma tia idosa de seu nome Ana, mas que na terra era conhecida pela “Tia Mana”. Esta idosa morava numa casa muito humilde e com poucas condições, mas tinha um carinho muito especial por todos os cachopos, quando passavam a caminho de casa para a escola ou vice-versa tinha sempre um reбуçado para lhes oferecer. Como a “Tia Mana” não tinha filhos, a D. Fernanda, agora com 12 anos, gostava de pernoitar em casa da idosa. Às escondidas dos seus pais, e como reconhecimento da bondade da “Tia Mana” tirava reбуçados da taberna para lhe oferecer. Olhando para o passado, hoje, a D. Fernanda afirma que foi aqui que tudo começou.

Anos mais tarde (1977), com 19 anos e o seu primeiro filho com 3 anos de idade, decide cuidar em sua casa da sua tia-avó. Em 1981 nasce o segundo filho e dias depois falece a tia-avó. Neste ano acolhe novamente em sua casa a avó materna. A partir daqui, nunca mais abandonou esta área. À medida que os anos foram passando os seus dois filhos foram crescendo e ajudando-a neste objectivo de cuidar dos idosos. A transmissão de boca em boca, da forma carinhosa e humana de como cuidava dos idosos na sua casa depressa se fez saber nas redondezas. As pessoas acreditavam na D. Fernanda e confiavam-lhes os seus familiares havendo a necessidade de recrutar pessoal. Embora a dimensão do seu trabalho fosse crescendo, havia um objectivo único e muito forte, manter a qualidade de vida dos idosos e mantê-los num ambiente de família.

Em 1989, nasce o berço do que mais tarde viria a ser um grupo de lares. Nesse ano, surge o Lar de 3ª Idade – Os Frazões, este lar é uma readaptação da casa de habitação da D. Fernanda. Devido a constantes alterações da legislação e de todo o procedimento burocrático, somente em 20 de Março de 2002 foi atribuído o **Alvará N.º 3 – LR/2002** pelo Instituto de Segurança Social – Centro Distrital de Leiria. A partir de 2002, procede-se a obras de aumento de capacidade deste lar, em 2004 é pedido o aumento de capacidade e em 20 de Dezembro de 2005 ele é concedido através do **Alvará N.º 5 – LR/2005** pelo Instituto da Segurança Social – Centro Distrital de Leiria.

A par do desenvolvimento do Lar de 3ª Idade – Os Frazões, nasce também outro projecto. Dois senhores da terra (pai e filho), num gesto de reconhecimento do seu Amor e Dedicção aos idosos, decidem doar um terreno à D. Fernanda com o objectivo único



da construção de um lar de idosos na vila de Turquel. É a partir daqui, que a D. Fernanda com o apoio dos filhos, decide em 1999, iniciar a construção do segundo lar que iria chamar-se Lar Nossa Senhora da Conceição. Em 28 de Setembro é atribuído a este lar, pelo Instituto da Segurança Social – Centro Distrital de Leiria o **Alvará n.º 7 – LR/2001**

O nome do lar atribui-se ao facto de Nossa Senhora da Conceição ser a padroeira da Freguesia de Turquel e a inauguração foi no ano de 2001 e no dia dedicado à mesma - 8 de Dezembro.

Sendo o objectivo principal da D. Fernanda fazer cada vez mais e melhor, este lar em 2003 inicia um processo de aumento de capacidade e de melhoramento de espaços comuns. É neste mesmo ano que o Instituto da Segurança Social - Centro Distrital de Leiria lhe atribui o **Alvará n.º 3-LR/2003** com o devido aumento de capacidade.

2005 é novamente um ano de inovação. Com sentimento de grande reconhecimento pelo trabalho efectuado pelos seus filhos que sempre a acompanharam na construção do seu sonho, cedeu-lhes sociedade no Lar Nossa Senhora da Conceição. Não foi difícil escolher o nome desta sociedade, dado que o nome da mesma entrelaçasse com o que sempre foi o objectivo de cuidar todos os idosos. Nasce então, a sociedade “Idosos em Família – Lar de 3.ª idade” propriedade de Fernanda Luís e filhos, Lda.

Por este motivo, em 2006 é atribuído novo alvará ao Lar Nossa Senhora da Conceição, **Alvará N.º 3 – LR/2006** pelo Instituto da Segurança Social – Centro Distrital de Leiria, agora propriedade desta nova sociedade.

Também neste ano de 2005 surge a oportunidade de comprar um lar em Carvide. Lar esse que estava com grandes problemas burocráticos. Com o mesmo sentimento de reconhecimento de um trabalho efectuado durante 5 anos nas suas instituições, a D. Fernanda decide ceder sociedade àquela que foi a primeira Directora Técnica dos seus lares e compram o Lar “Casa de Repouso Espírito Santo”. Devido aos enormes problemas burocráticos é em 26 de Fevereiro de 2008 que é atribuído o **Alvará n.º 4 – LR/2008** e surge o novo nome deste lar “Cantinho da Terceira Idade”.

Mas a história desta instituição não acaba aqui. Voltando ao ano de 2004 começa a surgir uma vontade mais definida, dado que ela surgiu em 1999, de construir mais um lar de raiz, mas desta vez com uma dimensão maior e com mais serviços, porque mudam-se os tempos mudam-se as vontades e as necessidades da população idosa também sofreram alterações.

Em 2005 a D. Fernanda e os filhos reúnem-se e decidem aumentar o seu sonho, desta vez pretendem a construção de um novo lar na zona Ribatejana. Compram uma quinta com um hectare na freguesia de Rio Maior chamada “Azinheira” pertencente ao Distrito



de Santarém. Esta quinta que outrora se chamava “Quinta da Fonte Velha” passaria a dar lugar ao “Solar D’Azinheira – Lar de 3ª Idade”, propriedade de “Idosos em Família, Lda”. No final de 2006 o projecto para a construção e as respectivas licenças da obra ficam prontas e em Janeiro de 2007 dá-se início às primeiras escavações. É a 15 de Janeiro de 2009 que se obtém a Licença de Funcionamento da Segurança Social de Santarém n.º 01/2009. A inauguração deste novo lar é feita no dia 18 de Janeiro de 2009 – dia do aniversário da D. Fernanda.

Com o decorrer do tempo começa a surgir a ideia de estender estes cuidados a outra realidade - à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assim, é em 08 de Abril de 2009 que se procede ao contrato com a designada Rede na tipologia de “Longa Duração e Manutenção”. Em 08 de Maio entra o primeiro cliente desta rede e no dia 05 de Junho de 2009 é a inauguração desta valência com a presença do Secretário de Estado do Ministério da Saúde – Dr. Francisco Ramos e todas as entidades ligadas à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Segurança Social e entidades locais.

Todo este trabalho só é possível devido a um grande sentimento empreendedor da D. Fernanda e Filhos e a toda uma equipa de trabalho em que o objectivo desta casa nunca foi perdido – Cuidar dos nossos num ambiente familiar.

6. METODOLOGIA

A “investigação é um estudo sistemático em busca de conhecimentos e respostas em relação a um determinado objecto com o fim de incorporá-lo, de maneira comunicável e comprovável, num corpo de conhecimento que se dispõe em determinada área de reflexão. Esse estudo sistemático expressa uma concepção determinada dessa área: do sentido e do lugar que ocupa no contexto amplo dos conhecimentos” (Baptista, 2001: 31). Etimologicamente a palavra “metodologia” conjuga três elementos do grego: “meta” que significa ao largo; “odos” sinónimo de caminho; “logos” referente a discurso (Barros *et al*, 1986). A metodologia consiste na análise sistemática e crítica dos pressupostos, princípios e procedimentos lógicos que moldam a investigação de determinados problemas sociológicos (Lima, 1987).

Deste modo, a metodologia consiste na construção do caminho que nos vai levar à meta. A metodologia dá credibilidade à investigação e fá-lo através dos vários métodos (técnicas) ao dispor, recorrendo a diversas formas de recolha de informação. Neste estudo, adopta-se uma abordagem quantitativa num estudo de caso (Lares Idosos



propriedade da D. Fernanda). *“A abordagem quantitativa permite atribuir números a objectos ou acontecimentos, segundo regras de medida ou correspondência”* (Fortin, 1999: 221). O estudo de caso consiste na análise intensiva em amplitude e profundidade, de uma amostra representativa de um determinado fenómeno social, recorrendo a diversas técnicas (Greenwood s/d citado por Oliveira *et al.*, 1992). Bravo (1988) acrescenta que este método se centra em “casos pessoais” ou “particulares”. Além disso, trata-se de um estudo descritivo (da QV percebida e da Espiritualidade dos idosos nos lares propriedade da D. Fernanda) e correlacional (entre a QV a Espiritualidade). Estas abordagens têm como objectivo levantar opiniões, atitudes, crenças de uma população e visam descobrir a existência de associações entre variáveis (Gil, 1987).

6.1. Instrumentos

As técnicas são um conjunto de processos que funcionando como instrumentos de trabalho permitem pesquisar, recolher e tratar informações para obter resultados (Bravo, 1988). Neste estudo utilizaram-se técnicas não documentais, mais precisamente o inquérito, com questões fechadas e semi-abertas.

Os instrumentos utilizados neste estudo são: a versão portuguesa do EASYcare (2009, Elderly Assessment System, Sistema de Avaliação de Idosos) e a Escala da Espiritualidade. Foi realizado um pré-teste centrado na avaliação dos instrumentos para garantir que a população alvo entenderia o inquérito. O pré-teste foi efectuado entre os dias 10 e 11 de Outubro de 2009 a 5 idosos; o inquérito revelou um bom nível de aceitação das questões não havendo necessidade de reformulação das questões e/ou dos instrumentos.

6.2. EASYCare (Sistema de Avaliação de Idosos, Sousa, Figueiredo & Guerra, 2009)

A génese do EASYcare remonta a 1993, quando a OMS organizou uma conferência em Belfast para discutir a elaboração de um instrumento que avaliasse a saúde e bem-estar social das pessoas idosas. A versão inicial do EASYcare (1999-2000) (EPIC, Assessment System, European Prototype for Care), foi desenvolvido e testado em quatro países-piloto: Irlanda do Norte, Finlândia, Espanha e Itália. A Universidade de Scheffield coordenou o desenvolvimento e a investigação em torno do EASYcare, tendo organizado



uma base de dados em nome da OMS, Gabinete Regional para a Europa, para comparação de indicadores estratégicos relativos à saúde e bem-estar da população idosa (Sousa & Figueiredo, 2000). Em 1994 deu-se continuidade ao desenvolvimento deste instrumento no âmbito do projecto SCOPE. O EASYcare baseia-se em instrumentos de grande referência na população idosa. As suas fontes principais foram: Índice de Barthel, Dukes OARS, IALD Scale, o SF-36 Health Survey e WHO-11 Counties Survey Instrument, Southampton Community Information Project, Geriatric Depression Scale e Cognitive Impairment Test.

Este instrumento de avaliação das pessoas idosas responde a recomendações da literatura: uso de avaliações simples, individuais, compreensivas e multidimensionais que facilitem respostas individualizadas e preparação dos sistemas de apoio, que ao conhecerem com antecedência e de forma uniformizada as necessidades das pessoas idosas, possa dar respostas organizacionais. O EASYcare permite aos profissionais, às pessoas idosas e aos cuidadores informais registar informação sobre áreas que podem ter impacto na independência, saúde e bem-estar da pessoa idosa.

Numa fase inicial foi efectuado na língua inglesa e, posteriormente, foi sujeito a validações linguísticas para os idiomas de outros países envolvidos. Em Portugal, esta validação percorreu seis fases: i) tradução do inglês para o Português; ii) retroversão (tradução da anterior versão em português para o inglês, a língua materna deste tradutor é o inglês); iii) reunião entre os investigadores e os tradutores para comparar as versões e acertar pormenores da tradução; iv) reunião com um grupo de técnicos ligados aos cuidados primários aos idosos, para a análise da correcção dos termos utilizados; v) reunião com os idosos para a análise de possíveis dificuldades no entendimento da escala; e vi) revisão do texto por um especialista em língua portuguesa para eventuais correcções ortográficas e gramaticais. Ainda em 2002, foi realizado um estudo de validação psicométrica para a população Portuguesa em que os resultados revelaram boas qualidades (alfa de cronbach =0,86) (Sousa *et al*, 2003). O instrumento foi desenvolvido inicialmente com o objectivo de ajudar os profissionais a melhorar os cuidados que prestavam aos idosos. Por isso, recomenda-se que seja utilizado no âmbito de um processo de avaliação entre o profissional e o idoso (Sousa & Figueiredo, 2000).

Em 2008 os representantes do Easycare dos diversos países decidiram actualizar o instrumento, considerando a experiência com o seu uso ao longo de cerca de 10 anos. Surge o EASYcare-versão 2009, que avalia de forma rápida e compreensiva a QV percebida por idosos com 65 ou mais anos de idade. Esta versão do EASYcare engloba as seguintes áreas: elementos sócio-demográficos, aspectos sensoriais, auto-



cuidado, mobilidade, segurança, habitação, situação económica e profissional, saúde mental, bem-estar e cuidados familiares. O EASYcare 2009 foi validado ao nível cultural e linguístico para Portugal (Sousa et al, 2009), estando a decorrer o seu processo de validação psicométrica; contudo como a versão anterior revelou boas qualidades psicométricas, admite-se que se mantenha um bom indicador da QV.

No EASYcare pontuações mais elevadas significam menor QV percebida e maior incapacidade. Este instrumento tem alguns critérios de inclusão, nomeadamente como pretende a auto-avaliação não pode ser aplicado a pessoas idosas incapazes de se expressar e/ou com um baixo nível cognitivo (Sousa et al., 2002).

6.3. Escala de Espiritualidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007)

A Escala da Espiritualidade foi construída por Pinto e Ribeiro (2007) e visa avaliar a espiritualidade. Os itens da escala decorrem da combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life, Câncer survivor* QOL-CS, e da subescala da Espiritualidade do instrumento da WHOQOL (Pinto & Ribeiro, 2007). Na construção desta escala considerou-se que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis, e que a tendência a polarizá-los não é frutífero para a pesquisa científica (Pinto & Ribeiro, 2007). Os autores perspectivaram uma escala pequena e simples, sem redundâncias e que permitisse uma boa aceitação. É uma escala de rápida administração constituída por 5 questões que quantificam a concordância relativamente à espiritualidade. As respostas são dadas numa escala de Likert de 4 pontos: 1 – “não concordo”, 2 – “concordo um pouco”, 3 – “concordo bastante” e 4 - “concordo plenamente”. Tem uma perspectiva positiva da vida, envolvendo características como esperança, optimismo, satisfação/valorização da vida. Esta escala apresenta duas subescalas: i) “crenças” (atribuição de sentido/significado à vida) constituída por 2 itens (questões 1 e 2) relativos a uma dimensão vertical da espiritualidade; ii) “esperança/optimismo” (construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva) constituída por 3 itens (questões 4, 5 e 6) relativos a uma dimensão horizontal da espiritualidade. Valores mais elevados na escala e subescalas indicam maior concordância com a dimensão avaliada. A consistência interna da escala avaliada pelo alpha de Cronbach revela os seguintes valores (aceitáveis dado o número de itens e os valores de referência limite em psicomетria): crenças = 0,92; esperança/optimismo = 0,69; escala global = 0,74 (Pinto & Ribeiro, 2007).



6.4. Procedimentos

Este estudo foi realizado nos lares privados propriedade da D. Fernanda que engloba três instituições: “Lar de Terceira Idade – os Frazões”, “Idosos em Família – Lar de Terceira Idade – Lar Nossa Senhora da Conceição” em Turquel e “Cantinho da Terceira Idade” em Carvide.

Em primeiro lugar solicitou-se autorização aos proprietários das instituições, a qual foi concedida. Posteriormente, procedeu-se à selecção dos inquiridos através dos seus processos institucionais, considerando os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; capacidade de expressar a sua opinião. As pessoas seleccionadas foram contactadas pela autora (que trabalha numa das instituições), informados dos objectivos do estudo e da colaboração solicitada. Todos aceitaram participar e assinaram o consentimento informado (anexo 1). A escolha desta instituição decorreu da autora exercer actividade profissional num dos lares, o que apresenta duas vantagens: i) maior rapidez na recolha dos dados; ii) analisar a população idosa com quem trabalha para posteriormente poder actuar na sua realidade institucional. Os inquéritos foram administrados por entrevista (pela autora) e demoram cerca de 30m a ser aplicados: 25m para o EASYcare e 5m para a Escala da Espiritualidade. A recolha decorreu entre 10 de Outubro de 2009 e 05 de Janeiro de 2010.

6.5. Amostra

Uma população ou universo é um conjunto de indivíduos ou objectos que apresentam uma ou mais características comuns (Reis, 1998). Gil (1987) afirma que quando o universo de investigação é restrito e pouco numeroso é conveniente que sejam pesquisados todos os elementos para garantir a consciencialização e a mobilização da população.

A população deste estudo foi efectuada através do método não probabilístico de tipo accidental. A população total compreende 92 idosos, tendo sido inquiridos 35. Esta diferença deve-se aos critérios de inclusão dos instrumentos: i) 8 foram excluídos por terem idade inferior a 65 anos; ii) 44 apresentavam problemas graves de foro psiquiátrico pelo que não podiam expressar a sua opinião iii) 5 estavam incapazes de se expressar devido ao elevado grau de dependência. Assim, foram estudados todos os idosos que se inseriam nos critérios de aplicabilidade dos instrumentos, representando os 35 idosos inquiridos formando a nossa população acessível.



6.5.1. Caracterização da População Acessível

A amostra compreende 35 pessoas idosas (tabela 1), clientes dos lares em estudo, sendo 82,9% do sexo feminino. Em relação ao lar onde residem verifica-se que: 19 (54,3%) estão no Lar Nossa Senhora da Conceição (78,9% do sexo feminino); 3 (8,6%) no Lar Frazões (todos do sexo feminino); e 13 (31,4%) no Cantinho da Terceira Idade (84,6% do sexo feminino). Quanto ao estado civil observa-se que 65,7% são viúvos, situação similar para todos os lares em estudo. A zona de residência refere-se ao local onde residiu mais tempo durante a sua vida, observando-se que 60% residiram em meio rural, tendência comum aos três lares. Em termos de rendimentos os dados indicam que: 45,7% considera que não chegam para as necessidades; 31,4% percebe-os como suficientes; e 22,9% referem que lhes sobra algum dinheiro. 91,4% dos idosos são reformados, apenas no Lar Nossa Senhora da Conceição há idosos pensionistas (15,8%).

Tabela 1 – Caracterização da população acessível

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	15	78,9	3	100	11	84,6	29	82,9
	Masculino	4	21,1	0	0	2	15,4	6	17,1
Zona de residência	Rural	11	57,9	3	100	7	53,8	21	60,0
	Urbano	8	42,1	0	0	6	46,2	14	40,0
Estado civil	Casado(a)/União de Facto	2	10,5	0	0	1	7,7	3	8,6
	Divorciado(a)/Separado(a)	3	15,8	0	0	1	7,7	4	11,4
	Solteiro(a)	1	5,3	0	0	4	30,8	5	14,3
	Viúvo(a)	13	2,9	3	100	7	53,8	23	65,7
Rendimento	Sobra algum dinheiro	5	26,3	1	33,3	2	15,4	8	22,9
	Suficientes	5	26,3	0	0	6	46,2	11	31,4
	Não chegam	9	47,4	2	66,7	5	38,5	16	45,7
Situação Profissional	Pensionista	3	15,8	0	0	0	0	3	8,6
	Reformado (a)	16	84,2	3	100	13	100	32	91,4

A média etária é de 83,4 anos (DP=4,45), variando entre 67 e 91 anos. No Lar Nossa Senhora da Conceição a média etária é de 83,4 anos (DP=4,45), sendo aqui que reside o idoso com mais velho (91 anos); o Cantinho da Terceira Idade apresenta a média etária



mais baixa (81,5 anos; DP=6,37), e aqui reside o idoso mais novo; no Lar de Terceira Idade Frazões a média etária é 86,6 anos (DP=5,77).

Em termos de escolaridade verifica-se uma média de 3,11 anos de escolaridade formal (DP=3,2), indicando que fizeram a terceira classe, durante alguns anos a escolaridade obrigatória em Portugal. O mínimo de anos de escolaridade é 0 e o máximo são 12 anos, isto é, o equivalente ao actual ensino secundário. No Lar Nossa Senhora da Conceição vivem os idosos com um grau de escolaridade formal mais elevado (média = 4,7 anos; DP=3,41), e aqui vive o idoso com 12 anos de escolaridade; o Cantinho da Terceira Idade é onde os clientes apresentam escolaridade mais baixa (média = 1,36 anos; DP=1,73); no Lar da Terceira Idade Frazões a média é de 1,67 anos de escolaridade formal (DP=2,89).

Em média os idosos estão institucionalizados há 33 meses (DP=23,8), variando entre um mínimo de 2 meses e um máximo de 99 meses. No Lar Terceira Idade dos Frazões possui os idosos que residem há mais tempo na instituição (média = 49, DP = 26); no Lar Nossa Senhora da Conceição residem em média há 40 meses (DP = 25,3) sendo que neste lar está o idoso institucionalizado há menos tempo (2 meses) e há mais tempo (99 meses); é no Lar Cantinho da Terceira Idade que os idosos residem há menos tempo (média = 20,5; DP = 14,3).

6.6. Análise de Dados

A análise de dados deste estudo de caso, compreende estatística descritiva e correlacional e foi realizada com suporte do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.

7. RESULTADOS

De acordo com Fortin (1996), na apresentação dos resultados o autor deve referir os dados obtidos, assim como as técnicas estatísticas usadas para estabelecer a descrição desses dados.



7.1. EASYcare

Neste estudo inicia-se a apresentação dos resultados pelo EASYcare, que apresenta oito índices de avaliação para análise da QV percebida, adotando uma abordagem holística. Nesta apresentação dos dados as tabelas são de frequência com os três lares: Nossa Senhora da Conceição, Terceira Idade os Frazões e Cantinho da Terceira Idade.

7.1.1. Visão, audição e comunicação

O primeiro índice de avaliação do EASY é designado por “Visão, Audição e Comunicação” (Tabela 2).

Tabela 2 – Visão, Audição e Comunicação (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Consegue ver (com óculos, se usar)?	Sim	12	63,2	2	66,7	5	38,5	19	54,3
	Com dificuldade	7	36,8	1	33,3	8	61,5	16	45,7
Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?	Sim	9	47,4	3	100	9	69,2	21	60%
	Com dificuldade	10	52,6	0	0	4	30,8	14	40%
Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a fala	Não tem dificuldades	16	84,2	3	100	13	100	32	91,4
	Dificuldades com algumas pessoas	3	15,8	0	0	0	0	3	8,6
Consegue utilizar o telefone?	Sem ajuda,	13	68,4	0	0	9	69,2	22	62,9
	Com alguma ajuda	3	15,8	1	33,3	2	15,4	6	17,1
	Não consegue	3	15,8	2	66,7	2	15,4	7	20,0

Os dados revelam que 54,3% dos inquiridos consegue ver sem dificuldade e 45,7% tem dificuldades de visão, não havendo nenhum invisual. Esta situação apenas não é similar no Cantinho da Terceira Idade em que 61,5% dos inquiridos indica ter algumas dificuldades; ou seja, nesta instituição são mais os que revelam dificuldades, por comparação aos que indicam a sua ausência (Tabela 2).

Em relação à audição observa-se que 60% dos idosos considera ouvir bem e 40% tem problemas de audição, não havendo nenhum surdo. Esta situação de predomínio dos que ouvem bem apenas não ocorre no Lar Nossa Senhora da Conceição em que 52,6% indica dificuldades.



Ao nível da fala, 91,4% dos idosos revela não ter dificuldades; apenas 8,6% dos idosos (todos do Lar Nossa Senhora da Conceição) indicam ter dificuldades com algumas pessoas. Nenhum idoso refere dificuldades em fazer-se entender devido a problemas com a fala nos restantes lares.

Quanto ao uso do telefone, 62,9% consegue utilizar sem ajuda, 17,1% necessita de alguma ajuda e 20% não consegue utilizar o telefone (situação similar nos lares em estudo). Assim, verifica-se que a maioria dos idosos tem autonomia para utilizar o telefone.

7.1.2. Cuidar de si

O segundo índice do EASYcare é designado “Cuidar de Si” e pretende avaliar a capacidade do idoso para realizar algumas actividades da vida diária (AVD). Verifica-se (Tabela 3) que os idosos têm algumas dificuldades nas actividades seguintes: vestir-se sozinho, utilizar o duche, realizar actividades domésticas, confeccionar refeições e problemas com os dentes.

Tabela 3 – Cuidar de Si (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Consegue cuidar da aparência pessoal?	Sem ajuda	11	57,9	1	33,3	12	92,3	24	68,6
	Precisa de ajuda	8	42,1	2	66,7	1	7,7	11	31,4
Consegue vestir-se?	Sem ajuda	7	36,8	0	0	6	46,2	13	37,1
	Com alguma ajuda	7	36,8	1	33,3	2	15,4	10	28,6
	Não consegue	5	26,3	2	66,7	5	38,5	12	34,6
Consegue lavar as mãos e a cara?	Sem ajuda	17	89,5	2	66,7	12	92,3	31	88,6
	Precisa de ajuda	2	10,5	1	33,3	1	7,7	4	11,4
Consegue utilizar o duche?	Sem ajuda	2	10,5	0	0	3	23,1	5	14,3
	Precisa de ajuda	17	89,5	3	100	10	76,9	30	85,7
Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	Sem ajuda	0	0	0	0	2	15,4	2	5,7
	Com alguma ajuda	1	5,3	0	0	1	7,7	2	5,7
	Não consegue	18	94,7	3	100	10	76,9	31	88,6



Tabela 3 – Cuidar de Si (%) (continuação)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Consegue preparar as suas refeições?	Sem ajuda	1	5,3	0	0	4	30,8	5	14,3
	Com alguma ajuda	3	15,8	0	0	0	0	3	8,6
	Não consegue	15	78,9	3	100	9	69,2	27	77,1
Consegue alimentar-se?	Sem ajuda	19	100	3	100	13	100	35	100,0
Tem problemas com a sua boca ou dentes?	Não	6	31,6	1	33,3	7	53,8	14	40,0
	Sim	13	68,4	2	66,7	6	46,2	21	60,0
Se sim, quais?	Uso de Próteses	10	76,9	0	0	2	33,3	12	57,1
	Inexistência de dentição	2	15,4	0	0	3	50	5	23,8
	Dor	1	7,7	1	7,7	1	16,7	3	14,3
	Dentição insuficiente	0	0	1	50	0	0	1	4,8
Consegue tomar medicamentos?	Sem ajuda	12	63,2	2	66,7	6	46,2	20	57,1
	Com alguma ajuda	7	36,8	1	33,3	7	53,8	15	42,9
Já teve problemas com a pele?	Não	11	57,9	2	66,7	12	92,3	25	71,4
	Sim	8	42,1	1	33,3	1	7,7	10	28,6
Sem Sim qual?	Alergias	6	75	1	14,3	1	10,0	7	70
	Feridas	2	25	1	100	0	0	3	30
Tem acidentes com a sua bexiga?	Não tem acidentes	14	73,7	3	100	9	69,2	26	74,3
	Acidentes ocasionais	2	10,5	0	0	3	23,1	5	14,3
	Acidentes frequentes ou algália	3	15,8	0	0	1	2,9	4	11,4
Tem acidentes com os seus intestinos?	Não tem acidentes	15	78,9	3	100	11	84,6	29	82,9
	Acidentes ocasionais	4	21,1	0	0	2	15,4	6	17,1
Consegue utilizar a sanita?	Sem ajuda	11	57,9	1	33,3	7	53,8	19	54,3
	Com alguma ajuda	8	42,1	1	33,3	3	23,1	12	34,3
	Não consegue	0	0	1	33,3	3	23,1	4	11,4

Na tabela 3 observa-se que: 68,6% dos idosos cuida da sua aparência pessoal sem ajuda; e 31,4% precisa de ajuda. A situação é similar em todos os lares, sendo que nenhum idoso indica ser incapaz de cuidar da aparência pessoal. Em relação ao vestir-se



verifica-se que: 37,1% consegue sem ajuda; 28,6% precisa de alguma ajuda; e 34,3% não consegue. A situação é similar nos diversos lares, ou seja, o apoio nesta actividade será uma constante nos lares em estudo. Quanto ao lavar a cara e as mãos observa-se que: 88,6% consegue sem ajuda; e 11,4% precisa de alguma ajuda; nenhum idoso refere não conseguir realizar esta actividade. A situação é similar nos lares em estudo.

Nos três lares existe apenas a possibilidade de duche que possui adaptações: 14,3% dos idosos consegue utilizá-lo sem ajuda e 85,7% precisa de alguma ajuda (nenhum idoso indica ser totalmente dependente). No Lar de Terceira Idade os Frazões todos os idosos precisam de alguma ajuda para tomar duche. Os resultados são similares nos diversos lares, indicando que esta é uma actividade de vida diária em que os idosos necessitam de apoio.

Em relação às tarefas domésticas deve sublinhar-se que estes idosos estando internados em lar não as realizam, por isso apelou-se à sua imaginação. Os resultados indicam que: 5,7% considera que conseguiria sem ajuda; 5,7% com alguma ajuda; mas a maioria (88,6%) revela que não consegue. Esta pode ser uma das razões que justificou o internamento em lar.

O mesmo apelo à imaginação se fez em relação à preparação das refeições. Os idosos revelam que: 14,3% conseguiria sem ajuda; 8,6% conseguiria com alguma ajuda; e 77,1% não consegue.

Sobre conseguir alimentar-se todos os idosos indicam conseguir fazê-lo sem ajuda.

Quanto a problemas com boca ou dentes, 60% revela ter alguns problemas. Todos os lares apresentam a maioria de idosos com este problema, excepto o Cantinho da Terceira Idade que tem um valor quase equitativo de idosos com e sem este problema (a diferença é de 1 idoso). Esses problemas incluem: o uso de próteses (57,1%), inexistência de dentição (23,8%), dor (14,3%) e dentição insuficiente (4,8%).

Sobre tomar os seus medicamentos observa-se que: 57,1% consegue tomá-los sem ajuda e 42,9% precisa de alguma ajuda (nenhum idoso indicou não o conseguir fazer).

Nos lares: Nossa Senhora da Conceição e de Terceira Idade Frazões a percentagem de idosos que não precisa de ajuda é superior aos que precisam; no Cantinho da Terceira Idade a percentagem dos que precisam de alguma ajuda é ligeiramente superior.

Quanto a problemas de pele: 71,4% indica que nunca teve e 28,6% indica já ter tido (situação similar nos três lares). Os problemas de pele indicados são: alergias (70%) e feridas (30%).

Relativamente a acidentes de bexiga verifica-se que: 74,3% referem não ter, 14,3% revelam problemas ocasionais e 11,4% indicam acidentes frequentes. No Lar Terceira



Idade Frazões todos os idosos (3) referem ausência destes problemas. Nos outros lares as percentagens são similares às globais.

Ao nível da incontinência fecal: 82,9% refere não ter e 17,1% revela acidentes ocasionais (nenhum idoso refere acidentes frequentes ou necessitar de administração de clister). No Lar Terceira Idade Frazões todos os idosos (3) referem não ter estes problemas. Nos outros lares as percentagens são similares às globais.

Quanto ao uso da sanita com adaptações verifica-se que: 54,3% dos idosos consegue utilizá-la sozinho, 34,3% consegue com alguma ajuda e 11,4% não consegue. Há 4 idosos que não conseguem usar a sanita: 1 do Lar Terceira Idade Frazões e 3 do Cantinho da Terceira Idade.

7.1.3. Mobilidade

O terceiro índice de avaliação do EASYcare é a mobilidade, centrado na capacidade do idoso para se deslocar. Na tabela 4 pode observar-se que existem algumas dificuldades de locomoção: deslocar-se dentro de casa, subir e descer escadas, ir às compras e deslocar-se a serviços públicos.

Tabela 4 – Mobilidade (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira?	Sem ajuda	11	57,9	1	33,3	9	69,2	21	60,0
	Com alguma ajuda	3	15,8	2	66,7	2	28,6	7	20,0
	Não consegue	5	26,3	0	0	2	15,4	7	20,0
Tem algum problema com os seus pés?	Não	6	31,6	2	66,7	10	76,9	18	51,4
	Sim	13	68,4	1	33,3	3	23,1	17	48,6
Se sim, quais?	Alergias	2	15,4	0	0	0	0	2	12,5
	Edemas	3	23,1	0	0	1	50	4	11,4
	Dor	6	46,2	0	0	1	50	7	20,0
	Feridas	1	7,7	1	100	0	0	2	5,7
	Dormência	1	7,7	0	0	0	0	1	2,9
Consegue deslocar-se dentro de casa?	Sem ajuda	9	47,4	0	0	8	61,5	17	48,6
	Numa cadeira de rodas sem ajudas	5	26,3	1	33,3	2	15,4	8	22,9
	Com alguma ajuda	5	26,3	2	66,7	3	23,1	10	28,6
Consegue subir e descer escadas?	Sem ajuda	4	21,1	0	0	3	23,1	7	20,0
	Com alguma ajuda	6	31,6	0	0	2	15,4	8	22,9
	Não consegue	9	47,4	3	100	8	61,5	20	57,1



Tabela 4 – Mobilidade (%) (continuação).

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?	Não	12	63,2	1	33,3	7	53,8	20	57,1
	Uma vez	5	26,3	0	0	2	15,4	7	20,0
	Duas ou mais vezes	2	10,5	2	66,7	4	30,8	8	22,9
Consegue andar no exterior?	Sem ajuda	3	15,8	0	0	5	38,5	8	22,9
	Com alguma ajuda	16	84,2	2	66,7	8	61,5	26	74,3
	Não consegue	0	0	1	33,3	0	0	1	2,9
Consegue ir às compras?	Sem ajuda	2	10,5	0	0	3	23,1	5	14,3
	Com alguma ajuda	8	42,1	0	0	2	15,4	10	28,6
	Não consegue	9	47,4	3	100	8	61,5	20	57,1
Tem alguma dificuldade em se deslocar aos serviços públicos?	Não tem dificuldades	2	10,5	0	0	1	7,7	3	8,6
	Com alguma ajuda	17	89,5	2	66,7	11	84,6	30	85,7
	Não consegue	0	0	1	33,3	1	7,7	2	5,7

Na tabela 4 pode verificar-se que: 60% dos idosos consegue deslocar-se sem ajuda da cama para a cadeira, 20% necessita de alguma ajuda e 20% não consegue. Verifica-se que dos 7 idosos que não conseguem realizar esta actividade: 5 são do Lar Nossa Senhora da Conceição e 2 do Cantinho da Terceira Idade.

Observa-se que a maioria dos idosos tem problemas com os pés (51,4%), sendo que os restantes 48,6% não apresenta esse problema. No Lar Nossa Senhora da Conceição existem 12 idosos que referem esses problemas, no Cantinho da Terceira Idade existem 3 e no Lar de Terceira Idade os Frazões 1 idoso. Os problemas especificamente são: dor (20%), edemas (11,4%), alergias (5,7%), feridas (5,7%) e dormência (2,9%).

Quanto a deslocar-se dentro de casa: 48,6% consegue fazê-lo sem ajuda, 22,9% consegue em cadeira de rodas sem ajuda, 28,6% consegue com alguma ajuda; nenhum está acamado (a situação é similar nas 3 instituições).

Em relação a subir e descer as escadas (note-se que o Lar de Terceira Idade Frazões e Cantinho da Terceira idade têm escadas e elevador) verifica-se que: 20% dos idosos consegue sem ajuda, 22,9% consegue com alguma ajuda e 57,1% não consegue. O Lar Nossa Senhora da Conceição não possui escadas, dado que é rés-do-chão. Os resultados são similares nos três lares em que a maioria dos idosos não consegue realizar esta tarefa.



Acerca de quedas nos últimos 12 meses verifica-se que: 57,1% dos idosos não caiu, 20% caiu uma vez e 22,9% caiu duas ou mais vezes. Em todos os lares, excepto o Lar de Terceira Idade os Frazões, a maioria dos idosos não caiu no último ano; o Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta maior percentagem de quedas (31,4%) e o Cantinho da Terceira idade apresenta a menor (14,3%).

Na questão de andar no exterior, observa-se que: 22,9% consegue sem ajuda, 74,3% consegue com alguma ajuda e 2,9% não consegue. Em todos os lares a maioria dos idosos consegue ir à rua com alguma ajuda, sendo o Lar Nossa Senhora da Conceição que apresenta a percentagem mais elevada de idosos que consegue (84,2%), e apenas o Cantinho da Terceira Idade apresenta 1 idoso (33,3%) que não consegue ir à rua.

Quanto a ir às compras, observa-se que: 14,3% consegue sem ajuda, 28,6% consegue com alguma ajuda e 57,1% não consegue. Em todos os lares a maioria dos idosos não consegue ir às compras; o Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta a maior percentagem (42,1%) de idosos que consegue efectuar compras com alguma ajuda.

Em relação à deslocação a serviços públicos: 8,6% não tem dificuldades, 85,7% consegue com ajuda e 5,7% não consegue. Em todos os lares existem mais idosos que conseguem ir aos serviços públicos com ajuda, sendo que o Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta a maior percentagem nesta categoria (89,5%) e não apresenta nenhum idoso que não o consiga efectuar. O Lar Terceira Idade Frazões não tem nenhum idoso que consiga efectuar esta actividade com autonomia.

7.1.4. Segurança

A segurança é considerada por Maslow (1951, in Monteiro & Santos, s/d) a segunda necessidade humana da base da piramide. Verifica-se que a questão em que os idosos sentem maior insegurança é estar fora de casa (tabela 5).



Tabela 5 – Segurança (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sente-se seguro dentro da sua casa?	Sim	17	89,5	2	66,7	12	92,3	31	88,6
	Não	2	10,5	1	33,3	1	7,7	4	11,4
Sente-se seguro fora da sua casa?	Sim	11	57,9	1	33,3	4	30,8	16	45,7
	Não	8	42,1	2	66,7	9	69,2	19	54,3
Já se sentiu ameaçado/a ou assediado/a?	Não	15	78,9	3	100	11	84,6	29	82,9
	Sim	4	21,1	0	0	2	15,4	6	17,1
Sente-se discriminado/a?	Não	18	94,7	3	100	13	100	34	97,1
	Sim	1	5,3	0	0	0	0	1	2,9
Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?	Sim	17	89,5	2	66,7	11	84,6	30	85,7
	Não	2	10,5	1	33,3	2	15,4	5	14,3

As questões de segurança parecem mais relevantes para quem vive na comunidade, contudo mesmo num lar a percepção da segurança é muito relevante. Analisando a tabela 5 sobre o sentimento de segurança dentro de casa/instituição verifica-se que: 88,6% se sente seguro e 11,4% não se sente seguro (situação similar para as 3 instituições). Durante o questionário foi possível perceber pelos desabafos que a insegurança se associa ao medo da chegada da noite: poderem “sentir-se mal”.

Mas sobre sentir-se seguro fora de casa/instituição há uma tendência inversa: 54,3% não se sente seguro e 45,7% sente-se seguro. Sendo no Lar Cantinho da Terceira Idade que uma percentagem superior de idosos revela sentir-se inseguro fora da instituição, esta situação pode justificar-se por não haver vizinhos.

Relativamente a assédio ou ameaça verifica-se que 82,9% dos idosos nunca se sentiu nessas situações e 17,1% já teve esse sentimento. Ou seja, 6 idosos revelam ter tido esse sentimento: 4 no Lar Nossa Senhora da Conceição e 2 no Cantinho da Terceira Idade. Acerca de sentimentos de discriminação observa-se que: 97,1% nunca se sentiu discriminado. Existe 1 idoso do Lar Nossa Senhora da Conceição que revelou já se ter sentido discriminado.

Sobre sentir ter quem ajude em caso de doença ou emergência: 85,7% sente que tem ajuda e 14,3% sente que não tem (situação similar nas 3 instituições). Esta situação



parece derivar de os idosos perceberem que a família deverá ser a primeira a socorrer em caso de ajuda e não o lar.

7.1.5. Local de residência e finanças

O Local de Residência e Finanças é o quinto índice de avaliação do EASYcare. De acordo com a Tabela 6 verifica-se que a questão de maior incapacidade é a gestão do dinheiro.

Tabela 6 – Local de Residência e Finanças (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Está satisfeito/a com a sua residência?	Sim	19	100	3	100	12	92,3	34	97,1
	Não	0	0	0	0	1	8,7	1	2,9
Consegue gerir o dinheiro?	Sim	8	42,1	2	66,7	8	61,5	18	51,4
	Não	11	57,9	1	33,3	5	38,5	17	48,6
Gostaria de ter aconselhamento sobre benefícios?	Não	7	36,8	0	0	5	38,5	12	34,3
	Sim	12	63,2	3	100	8	61,5	23	65,7

Quanto à residência: 97,1% está satisfeito e 2,9% não tem essa satisfação. Sendo a residência destes idosos uma instituição, a totalidade dos residentes no Lar Nossa Senhora da Conceição, Lar de Terceira Idade Frazões estão satisfeitos. No Cantinho da Terceira Idade há 1 idoso não satisfeito: referiu que está bem na instituição, mas a sua “casa é única”.

Sobre a gestão do dinheiro e finanças: 51,4% consegue gerir e 48,6% não consegue. No Cantinho da Terceira Idade há mais idosos que conseguem (por comparação aos que não conseguem) e no Lar Nossa Senhora da Conceição verifica-se a situação inversa.

Acerca de obter aconselhamento sobre subsídios/benefícios: 34,3% não tem interesse e 65,7% tem interesse. O Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta um número mais elevado de idosos que não tem interesse em obter esse aconselhamento.

7.1.6. Manter-se saudável

Manter-se Saudável é a designação do sexto índice de avaliação do EASYcare. Pela Tabela 7 verifica-se que os problemas que surgem neste índice se relacionam com: falta



de actividade física regular, com excepção do Cantinho da Terceira Idade e a falta de exames de rastreio contra o Cancro.

Tabela 7 –Manter-se Saudável (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Faz exercício regularmente?	Sim	3	15,8	0	0	8	61,5	11	31,4
	Não	16	84,2	3	100	5	38,5	24	68,6
Fica com falta de ar nas actividades normais?	Não	13	68,4	2	66,7	7	53,8	22	62,9
	Sim	6	31,6	1	33,3	6	46,2	13	37,1
Fuma tabaco?	Não	18	94,7	3	100	13	100	34	97,1
	Sim	1	5,3	0	0	0	0	1	2,9
Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?	Não	19	100	3	100	13	100	35	100
A sua tensão arterial foi verificada recentemente?	Sim	15	78,9	0		11	84,6	26	74,3
	Não	4	21,1	3	100	2	15,4	9	25,7
Tem preocupação com o seu peso?	Com excesso de peso	3	15,8	1	33,3	3	23,1	7	20,0
	Não tem	12	68,4	2	66,7	10	76,9	25	71,4
	Com perda de peso	3	15,8	0	0	0	0	3	8,6
Tem as vacinas em dia?	Não	0	0	0	0	6	46,2	6	17,1
	Sim	19	100	3	100	7	53,8	29	82,9
Tem em dia os rastreio de cancro?	Não	18	94,7	3	100	7	53,8	28	80,0
	Não sabe	1	5,3	0	0	4	30,8	5	14,3
	Sim	0	0	0	0	2	15,4	2	5,7

Na tabela 7 verifica-se que 68,6% não realizam actividade física regular: 84,2% de idosos do Lar Nossa Senhora da Conceição e 100% no Lar Terceira Idade os Frazões; no Lar Cantinho da Terceira Idade 61,5% pratica actividade física regular.

Relativamente a ficar com falta de ar nas actividades normais observa-se que: 62,9% dos idosos não sente falta de ar e 37,1% fica com falta de ar durante as suas actividades quotidianas. Esta situação é similar nos 3 lares em estudo.



Quanto a hábitos tabágicos verifica-se que 97,1% não fuma e 2,9% fuma tabaco. Ou seja, um idoso no Lar Nossa Senhora da Conceição fuma tabaco. Todos os idosos inquiridos referem não considerarem que bebem demasiadas bebidas alcoólicas.

Sobre a verificação da tensão arterial, os dados indicam que: 74,3% foi vista recentemente e 25,7% diz que não. Esta situação é similar para os 3 lares.

Quanto a preocupações com o peso verifica-se que: 20% dos idosos se preocupa com o excesso de peso, 71,4% não tem qualquer preocupação e 8,6% tem preocupações com perda de peso (situação similar nos diversos lares).

Sobre ter as vacinas em dia verifica-se que: 17,1% não as tem em dia e 82,9% tem. Apenas 6 idosos do Cantinho da Terceira Idade referem não ter as vacinas em dia.

Quanto ao rastreio do cancro: 80% dos idosos não tem os exames realizados, 14,3% não sabe e 5,7% tem os exames efectuados. É no Lar Cantinho da Terceira Idade que menos idosos (7) referem não ter estes rastreios em dia.

7.1.7. Saúde mental e Bem-Estar

O sétimo índice de avaliação do EASYcare é “Saúde Mental e Bem-Estar. Aqui há heterogeneidade entre os lares nas questões: conseguir realizar tarefas de lazer, realizar actividades que lhe dão prazer, avaliação da saúde de forma geral e preocupações com perdas de memória. As questões com maior debilidade da saúde mental e bem-estar são comuns entre os lares: problemas em dormir, dores moderadas a fortes e no último mês sentiram-se em baixo.

Tabela 8 – Saúde Mental e Bem-estar (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Consegue realizar actividades de lazer?	Sim	6	31,6	2	66,7	8	61,5	16	45,7
	Não	13	68,4	1	33,3	5	38,5	19	54,3
Consegue realizar actividades de lazer?	Sim	6	31,6	2	66,7	8	61,5	16	45,7
	Não	13	68,4	1	33,3	5	38,5	19	54,3
Em geral, diria que a sua saúde é:	Boa	1	5,3	1	33,3	3	23,1	5	14,3
	Razoável	10	52,6	0	0	3	23,1	13	37,1
	Fraca	8	42,1	2	66,7	7	53,8	17	48,6



Tabela 8 – Saúde Mental e Bem-estar (%) (continuação).

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sente-se sozinho/a?	Nunca	12	63,2	0	0	10	76,9	22	62,9
	Por vezes	3	15,8	2	66,7	3	23,1	8	22,9
	Muitas vezes	4	21,1	1	33,3	0	0	5	14,3
Recentemente perdeu alguém próximo?	Não	14	73,7	2	66,7	11	84,6	27	77,1
	Sim	5	26,3	1	33,3	2	15,4	8	22,9
No mês passado teve problemas em dormir?	Não	7	36,8	1	33,3	4	30,8	12	34,3
	Sim	12	63,2	2	66,7	9	69,2	23	65,7
No mês passado teve dores corporais?	Não	7	36,8	1	33,3	5	38,5	13	37,1
	Suaves	1	5,3	0	0	0	0	1	2,9
	Moderadas	6	31,6	0	0	4	30,8	10	28,6
	Fortes	5	26,3	2	66,7	4	30,8	11	31,4
No último mês sentiu-se em baixo?	Não	7	36,8	1	33,3	6	46,2	14	40,0
	Sim	12	63,2	2	66,7	7	53,8	21	60,0
No último mês sentiu pouco interesse em fazer coisas?	Não	8	42,1	1	33,3	9	69,2	18	51,4
	Sim	11	57,9	2	66,7	4	30,8	17	48,6
Tem preocupações com esquecimentos?	Não	9	47,4	1	33,3	7	53,8	17	48,6
	Sim	10	52,6	2	66,7	6	46,2	18	51,4

Analisando a tabela 8, na questão conseguir realizar tarefas importantes verifica-se que: 45,7% consegue e 54,3% não consegue. No Lar Nossa Senhora da Conceição são mais os idosos que não conseguem e no Cantinho da Terceira Idade são mais os que conseguem.

Sobre a saúde observa-se que: 14,3% afirma ser boa, 37,1% diz que é razoável e 48,6% que é fraca (nenhum idoso referiu ser excelente ou muito boa). O Lar Nossa Senhora da Conceição tem mais idosos a avaliar a própria saúde como razoável, no Cantinho da Terceira Idade afirmam mais que é fraca.

Sobre sentir-se sozinho: 62,9% refere nunca se sentir só, 22,9% que por vezes se sente sozinho e 14,3% que se sente muitas vezes sozinho (situação similar para os 3 lares); apenas o Lar de Terceira Idade os Frazões não tem idosos que nunca se sentem sós.

Na questão de perda ou falecimento de alguém próximo recentemente, os inquiridos revelam que: 77,1% não perdeu ninguém e 22,9% teve perdas recentes (situação similar para os lares em estudo).



Sobre problemas em dormir os participantes referem que: 34,3% não tiveram e 65,7% tiveram (situação similar para os lares em estudo).

Acerca de ter tido dores corporais no mês passado verifica-se que: 37,1% não tiveram dores, 2,9% tiveram dores suaves, 28,6% tiveram dores moderadas e 31,4% tiveram dores fortes (situação similar nos lares em estudo). Destaque-se que 60% referem dores moderadas a fortes.

Relativamente a sentimentos de depressão no último mês, observa-se que 40% dos idosos não teve esse sentimento e 60% teve. Esta situação é comum aos 3 lares. Sobre sentir-se com pouco interesse em fazer coisas no último mês observa-se que 51,4% dos idosos não teve esse sentimento e 48,6% teve. No Lar Nossa Senhora da Conceição há mais idosos a revelarem esse sentimento de incapacidade, enquanto no Cantinho da Terceira Idade se verifica o inverso.

Com as preocupações de memória, observa-se que 48,6% não tem essa preocupação e 51,4% tem. Esta situação é exceção no Cantinho da Terceira idade que apresenta mais idosos sem preocupações de perdas de memória.

7.1.8. Administração de medicação

Este é o oitavo índice de avaliação do EASYcare denominado por “Administração de medicação” em que a principal necessidade observada é obter ajuda para adquirir os medicamentos.

Tabela 9 – Administração de Medicação (%)

		Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=35)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Precisa de ajuda para obter os medicamentos?	Não	3	15,8	1	33,3	5	38,5	9	25,7
	Sim	16	84,2	2	66,7	8	61,5	26	74,3
Toma os medicamentos de acordo com as recomendações?	Sim	18	94,7	3	100	13	100	34	97,1
	Não	1	5,3	0	0	0	0	1	2,9
Consegue tirar os medicamentos das embalagens?	Sim	11	57,9	0	0	9	69,2	20	57,1
	Não	8	42,1	3	100	4	30,8	15	42,9
Pensa que alguns dos medicamentos seriam mais eficazes tomados de outra forma?	Não	14	73,7	2	66,7	12	92,3	28	80
	Sim	5	26,3	1	33,3	1	7,7	7	20,0



Em relação à necessidade de ajuda para obter os medicamentos deve sublinhar-se que estes idosos estando internados em lar não têm de o realizar, por isso apelou-se à sua imaginação. Verifica-se (Tabela 9) que: 25,7% afirmam não necessitar de ajuda e 74,3% necessita (esta situação é similar nos lares em estudo).

Acerca de tomar a medicação de acordo com as recomendações médicas os dados indicam que: 97,1% afirma que sim e 2,9% responde que não. Há 1 idoso do Lar Nossa Senhora da Conceição que afirma não seguir a terapêutica.

Na questão conseguir tirar os medicamentos das embalagens, observa-se que: 57,1% dos idosos consegue e 42,9% não consegue. No Lar Terceira Idade os Frazões nenhum idoso consegue, nos outros dois lares são mais os idosos que conseguem (por comparação aos que não conseguem).

Questionados sobre se consideram que alguns dos seus medicamentos tomados de outra forma seriam mais eficazes: 80% dos idosos refere que não e 20% afirma que sim. No Lar Nossa Senhora da Conceição há 5 idosos que alterariam a forma de tomar os medicamentos e mais 1 idoso em cada um dos outros lares.

7.1.9. Pontuações globais

Após a análise de todos os índices do EASYcare efectuou-se as médias por lar, acrescentando-se as questões de avaliação do EASYcare: risco de quedas, de admissão em unidade hospitalar, pontuação da independência e total do EASYcare. Realizou-se o Teste de Mann-Whitney para comparação de médias para duas amostras independentes. Apenas se irá comparar dois lares: Nossa Senhora da Conceição e Cantinho da Terceira Idade pelo facto do Lar de Terceira Idade os Frazões ter apenas três inquiridos.

Tabela 10 – Pontuações globais do EASYcare: lares e dimensões (médias)

	Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=32)		Teste (n=32)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Mann-Whitney U	p
Visão, audição e comunicação	1,84	1,95	3,00	1,00	1,69	1,49	1,78	1,75	120	0,89
Cuidar de Si	23,52	8,94	20,33	7,23	20,00	11,36	22,09	9,97	105	0,45
Mobilidade	16,36	8,44	25,66	2,08	14,53	9,87	15,62	8,91	100	0,37
Segurança	0,89	0,93	1,33	0,57	1,07	0,75	0,96	0,86	87	0,14
Residência e finanças	2,31	2,02	1,33	2,30	1,61	2,14	2,03	2,07	105	0,42
Manter-se Saudável	1,42	0,76	2,00	1,00	1,00	1,00	1,25	0,87	90	0,34



Tabela 10 - Pontuações globais do EASYcare: lares e dimensões (médias) (continuação)

	Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=32)		Teste (n=32)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Mann-Whitney U	p
Saúde e Bem-Estar	11,89	3,24	12,66	5,85	10,23	3,78	10,90	3,43	99	0,34
Administração da Medicação	1,57	0,83	2,00	0,00	1,00	0,70	1,34	0,82	76	0,05
Risco de Quedas	2,78	1,35	3,00	2,00	2,46	1,33	2,63	1,36	102	0,39
Ruptura no cuidado	5,57	1,98	6,66	3,21	4,69	2,25	5,21	2,11	123	0,98
Independência	39,84	19,65	48,66	7,50	30,61	21,84	36,09	30,74	104	0,44
Total Easycare	110,26	40,82	129,66	18,00	91,15	45,95	102,15	43,66	105,5	0,49

Para todos os valores de significância verificados através do teste de Mann-Whitney com nível de significância bilateral observado superior a 0,05 não se rejeita a hipótese nula (H_0^1), isto é a média dos índices de EASYcare não diferem nos dois lares. Verifica-se um $p > 0,05$ em todos os índices do EASYcare logo não se rejeita H_0 , excepto no índice “administração da medicação” em que $p = 0,05$ logo há diferença estatística entre os dois lares (H_1).

A avaliação do risco de quedas apresenta uma média de 2,65 (varia entre 0 e 8) sugerindo risco leve, tendência verificada em ambos os lares ($p = 0,39$). Quanto ao risco de admissão hospitalar a média é de 5,3 (0 a 12) sugerindo um risco moderado, tendência verificada em ambos os lares ($p = 0,99$). Na pontuação de independência a média global é de 37,17 (0 a 100) sugerindo baixos níveis de dependência, tendência verificada em ambos os lares ($p = 0,44$). A pontuação total no EASYcare apresenta uma média de 105,08 (0 a 268) sugerindo incapacidade e qualidade de vida moderadas, tendência verificada em ambos os lares ($p = 0,49$).

¹ H_0 : As médias são as mesmas para os dois lares

H_1 : As médias não são as mesmas para os dois lares



7.2. Espiritualidade

A Espiritualidade tem sido apresentada como uma importante dimensão de QV. Para Panzini (2007) a espiritualidade e religiosidade são aliadas de pessoas que sofrem. Fleck (2003, in Panzini) refere que actualmente está a ser proposto um novo conceito de Saúde na OMS, em que se inclui a dimensão espiritual.

Tabela 11– Consistência interna da Escala da Espiritualidade (alpha de Cronbach)

	ALPHA DE CRONBACH
Sub-escala 1 (Crenças)	0,58
Sub-escala 2 (Esperança)	0,57
Espiritualidade	0,70

Pode verificar-se (tabela 11) que as duas subescalas têm valores muito aproximados α de Cronbach $> 0,5$, considerados valores aceitáveis para amostras entre 25-50 inquiridos (Maroco & Marques: 2006). A totalidade da escala da espiritualidade apresenta uma viabilidade apropriada com um valor de α de Cronbach= 0,70, valor idêntico aos verificados pelos autores da escala (ver capítulo IV, pág. 41).

7.2.1 – Espiritualidade e Subescalas

A escala da Espiritualidade (Pais e Ribeiro 2007) inclui duas subescalas: Crença e Esperança. Verifica-se que existe nestes idosos um nível espiritualidade entre a pouca e bastante concordância.

Tabela 12 - Escala de Espiritualidade e Lares

	Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Lar de Terceira Idade Frazões (n=3)		Cantinho da Terceira Idade (n=13)		Totais (n=32)		Teste (n=32)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Mann – Whitnwey U	P
Subescala1 (Crenças)	5,94	1,71	5,67	1,53	6,69	0,85	6,25	1,45	96,0	0,27
Subescala2 (Esperança)	6,42	2,14	5,33	1,53	7,61	2,50	6,91	2,30	88,5	0,17
Espiritualidade	12,36	3,48	11	1,00	14,31	2,98	13,15	3,29	76,0	0,07

Verifica-se que a subescala esperança apresenta uma média total (6,91) que se situa entre o “concordo um pouco” e “concordo bastante”, a subescala crenças apresenta uma



media total (6,25) que se situa entre o “concordo bastante” e “concordo plenamente”. Em geral, estes idosos têm mais crenças do que esperança.

A média global de espiritualidade é de 13,15, situa-se entre o “concordo um pouco” e “concordo bastante”. Observando o teste de Mann-Whitney verifica-se que o nível de significância bilateral observado é superior a 0,05 logo não podemos rejeitar a hipótese nula (H_0), isto é, a média da subescala1, subescala2 e espiritualidade é idêntica em ambos os lares, não havendo diferenças significativas, mas na escala global da espiritualidade pode considerar-se uma tendência de esta diferir nos dois lares.

7.3. Espiritualidade e variáveis sócio-demográficas

Para analisar como a espiritualidade se relaciona com os dados sócio-demográficos efectuaram-se correlações (tabela 13), não se tendo encontrado valores significativos

Tabela 13 – Espiritualidade e idade, escolaridade, rendimento e tempo na instituição (correlação de Pearsons)

Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)		Idade	Escolaridade	Rendimentos	Tempo na instituição
	Crenças	0,16	0,04	-0,18	-0,28
	Esperança	0,14	0,06	-0,42	-0,36
	Escala Global	0,16	0,06	-0,35	-0,35
Cantinho da Terceira Idade (n=13)	Crenças	-0,05	-0,39	0,26	0,36
	Esperança	0,19	-0,57*	0,01	0,22
	Escala Global	0,15	-0,57*	0,08	0,28
Total global dos lares (n=32)	Crenças	-0,02	-0,16	-0,08	-0,25
	Esperança	0,10	-0,23	-0,23	-0,28
	Escala Global	0,08	-0,23	-0,19	-0,30

* Correlação significativa para $p < 0,05$

** Correlação significativa para $p < 0,01$

Correlacionando as subescalas “Crenças e Esperança” e a Escala Global em ambos os Lares (Tabela 13) com as variáveis idade, rendimentos, tempo na instituição e escolaridade verifica-se que não há correlações significativas; com excepção do Cantinho da Terceira Idade na variável escolaridade formal e a subescala Esperança e escala global que apresenta correlações significativas negativas (-0,57) para $p > 0,05$, sugerindo que para níveis de escolaridade inferior existe maior esperança e espiritualidade.



7.4. Espiritualidade e EASYcare

Como um dos objectivos deste estudo é relacionar a QV e espiritualidade, efectuou-se as correlações dos índices do EASYcare com a Espiritualidade. Para os dados globais, emerge uma correlação significativa (negativa) entre saúde e bem-estar (Easycare) e a subescala “Esperança”, indicando que quanto maior a saúde e bem-estar menor a esperança. Considerando os lares, emergem duas correlações significativas no Cantinho da Terceira Idade: i) uma negativa entre saúde e bem-estar e esperança (maior saúde e bem-estar menor esperança); ii) outra positiva entre administração da medicação e espiritualidade (escala global) (melhor capacidade de administração da medicação, maior espiritualidade).



Tabela 14 – EASYcare e Escala de Avaliação da Espiritualidade (Correlação de Pearsons)

		Visão, Audição e comunicação	Cuidar de Si	Mobilidade	Segurança	Local de Residência e Finanças	Manter-se Saudável	Saude e Bem- Estar	Admistração da medicação	Pontuação da independência	Total EASYcare
Lar Nossa Senhora da Conceição (n=19)	Subescala “Crenças”	-0,23	-0,05	0,09	-0,38	0,22	0,06	-0,12	-0,17	0,08	0,01
	Subescala “Esperança”	-0,32	0,03	0,25	-0,06	0,42	0,09	-0,21	-0,08	0,25	0,15
	Escala Global	-0,31	-0,01	0,19	-0,23	0,38	0,08	-0,19	-0,13	0,19	0,10
Cantinho da Terceira Idade (n=13)	Subescala “Crenças”	-0,02	0,30	0,46	-0,22	0,25	-0,19	-0,18	0,55	0,45	0,38
	Subescala “Esperança”	-0,06	-0,10	-0,37	-0,33	0,00	-0,03	-0,69*	0,47	-0,28	-0,33
	Escala Global	-0,06	-0,00	-0,18	-0,34	0,07	-0,03	-0,52	0,55*	-0,16	-0,10
Total Global dos Lares (n=32)	Subescala1 “Crenças”	-0,19	0,00	0,14	-0,30	0,17	-0,08	0,04	-0,10	0,11	0,06
	Subescala “Esperança”	-0,22	-0,79	-0,07	-0,13	0,18	0,00	-0,40*	-0,34	-0,05	-0,12
	Escala Global	-0,23	-0,05	-0,01	-0,22	0,19	-0,04	-0,29	-0,02	0,00	-0,06

* Correlação significativa para $p < 0,05$

** Correlação significativa para $p < 0,01$



8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase de investigação pretende-se dar significado à análise dos dados. Segundo Fortin (1999: 343) *“esta secção coloca os resultados num contexto de realidade... o investigador discute os principais resultados da investigação em função do problema”*. Pretendemos, então, dar resposta aos objectivos do estudo, iniciando pela caracterização da QV percebida pelo idoso institucionalizado, seguidamente pela caracterização da espiritualidade destes idosos e, por fim, compreender a relação entre QV e espiritualidade. Nesta discussão consideram-se para análise comparativa os Lares Nossa Senhora da Conceição e Cantinho da Terceira Idade; como referido no capítulo IV página 52), o Lar Terceira Idade os Frazões apresenta um número de inquiridos reduzido (3), que impossibilitam comparações estatísticas, por isso, é considerado apenas para análise global de frequências. Vamos começar por traçar o perfil dos idosos dos lares: Nossa Senhora da Conceição, Terceira Idade os Frazões e Cantinho da Terceira Idade.

8.1. Perfil dos clientes no grupo nos lares: Nossa Senhora da Conceição, Terceira Idade Frazões e Cantinho da Terceira Idade

Destaca-se, primeiramente que o número de idosos capazes de responder aos instrumentos é diminuto e não é equitativo considerando os três lares. O Lar Nossa Senhora da Conceição tem 36 idosos e teve um total de 19 inquiridos (52,8%), o Cantinho da Terceira Idade tem 28 idosos e teve 13 idosos inquiridos (46,4%) e o Lar de Terceira Idade os Frazões tem 28 idosos e foram inquiridos 3 (10,7%). O Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta um número mais elevado de inquiridos (n=19) e o Lar Terceira Idade os Frazões um número de inquiridos muito reduzido (n=3). Os motivos da não inclusão no estudo foram: no Lar Nossa Senhora da Conceição, 3 pessoas não tinham idade (menos de 65 anos), 13 tinham doenças psiquiátricas avançadas e 1 idoso não tinha capacidade para se expressar; no Cantinho da Terceira Idade, 1 cliente não tinha idade, 4 não conseguiam expressar-se devido a AVC's hemorrágicos e 10 idosos apresentavam problemas psiquiátricos avançados; no Lar de Terceira Idade os Frazões, 4 idosos não tinham idade e os restantes 21 idosos apresentavam problemas psiquiátricos avançados. Ou seja, este último lar tem um número mais elevado de idosos com grande dependência psíquica.

Em todos os lares existem mais inquiridos do sexo feminino (82,9%), o que está de acordo com as tendências da população, a nível nacional (INE, 2008) (existem mais 309



167 mulheres do que homens com 65 anos ou mais). Na população nacional as pessoas com 65 anos e mais apresentam baixa escolaridade, sendo a maioria analfabeta (55,1%) (INE, 2001). Neste grupo de lares esta tendência não se verifica, pois a média de escolaridade formal é de cerca de 3 anos, que se enquadra na escolaridade mínima obrigatória em Portugal na época. O Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta uma média mais elevada de escolaridade formal ($M=4,7$), pois atinge uma população com nível socioeconómico mais elevado, designadamente reformados de profissões qualificadas, como: professoras, enfermeiras, médicos, administrativas, militares, técnicos agrícolas. Este lar está próximo da A1 e da A8 e recebe muitos idosos de origem urbana, por norma de Lisboa.

A média de idades dos inquiridos é de 83,4 anos, similar a um estudo do INE (Gonçalves, 2001) que afirma que a idade dos idosos institucionalizados ronda os 80 anos e mais. A maioria destes idosos (60%) viveu em meio rural, sendo no Lar Nossa Senhora da Conceição que há mais idosos que residiram em meio urbano (42,1%), por norma provenientes de Lisboa.

A viuvez é o estado civil com maior percentagem (65,7%), predominando as viúvas (57,1%). O Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta 57,8% de viúvas e 10,5% de viúvos, sendo o único lar que tem idosos em todos os estados civis; o Lar de Terceira Idade os Frazões tem 3 inquiridos todos do sexo feminino e viúvas; o Cantinho da Terceira Idade apresenta 54,5% de viúvas e 15,4% viúvos. A tendência destes lares vai de encontro à tendência nacional (INE 2003), que regista uma taxa de viuvez superior nas mulheres. Gonçalves (2001) verificou que a maior parte da população idosa institucionalizada é viúva (59,6%), sendo no grupo de lares em estudo esta percentagem é superior. A viuvez pode ser um factor da decisão de institucionalização, para diminuir a solidão e manter a assistência antes prestada pelo cônjuge.

Os inquiridos estão institucionalizados em média há 33 meses (quase 3 anos); o Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta uma média de 39,7 meses (3 anos e 3 meses), o Lar da Terceira Idade Frazões tem uma média de 49 meses (4 anos e 1 mês) e o Cantinho da Terceira idade 20,5 meses (quase 2 anos). Verifica-se que o tempo de institucionalização é proporcional à antiguidade dos lares, isto é: o Lar de Terceira Idade os Frazões tem idosos institucionalizados há mais tempo, também porque é o lar mais antigo.

Gonçalves (2001) refere que em termos profissionais a população institucional idosa tende a ser reformada (89,5%), tendência similar nestes lares em que 91,4% são reformados(as). No Lar de Terceira Idade os Frazões e no Cantinho da Terceira Idade



todos os idosos inquiridos são reformados; no Lar Nossa Senhora da Conceição a maioria é reformada (91,4%), sendo o único lar que apresenta idosos pensionistas (15,8%), nomeadamente do sexo masculino (10,5%).

Os dados provisórios sobre o rendimento e condições de vida (2008, *in* INE 2009) indicam uma diminuição do risco de pobreza entre 2006 e 2007 de 4% na população idosa. Na população deste estudo verifica-se que a maioria tem rendimentos necessários para suprir as suas necessidades (22,9% sobra dinheiro e 31,4% é suficiente) e 45,7% afirma que os seus rendimentos são insuficientes. A variável rendimentos exige alguma contextualização. Estes inquiridos residem em lares privados, com um custo mensal superior à média de rendimentos a nível nacional por habitante (406€). O Lar Cantinho da Terceira Idade apresenta uma percentagem mais elevada de idosos que percebem os seus rendimentos como suficientes (46,2%) e o Lar Nossa Senhora da Conceição como insuficientes (47,4%). A justificação poderá prender-se com o facto de o Lar de Cantinho da Terceira Idade ter mensalidades mais baixas do que os outros lares (variam entre 200€ e 350€ a menos por mês em relação ao lar mais caro) e o Lar Nossa Senhora da Conceição é o mais caro.

As principais patologias dos idosos são de origem cardiovascular (20%), associadas a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes e AVC; e doenças reumáticas (20%). Nos idosos não inquiridos observa-se a prevalência de doenças psiquiátricas: Alzheimer e Parkinson; arteriosclerose, AVC hemorrágicos graves (que acarretam desorientação psíquica).

8.2. Qualidade de Vida Percebida

A partir deste tópico, em que é necessário estabelecer comparações, iremos centrar-nos apenas nos lares: Nossa Senhora da Conceição e Cantinho da Terceira Idade. Passamos à análise dos índices do EASYcare

Os índices *“Segurança”*, *“Manter-se Saudável”* e *“Administração da medicação”* apresentam as médias mais baixas (0,96, 1,25 e 1,34, respectivamente), sugerindo sentimentos de segurança, hábitos de vida saudáveis e uma boa gestão da medicação. Havendo diferenças estatisticamente significativas entre os lares no índice de *“Administração da Medicação”*.

Em relação à segurança é de realçar que no Cantinho da Terceira Idade surge uma percentagem mais elevada de idosos que não se sente seguro fora de casa (69,2%). A explicação provável está no isolamento deste lar, que ainda não possui um sistema de



vedação total e se encontra numa rua sem saída em que as traseiras dão para um pequeno pinhal. Embora seja uma minoria, há idosos que já foram ameaçados e/ou assediados durante a sua vida (17,1%). Durante a aplicação do inquérito podemos apurar que estes idosos nomeavam os familiares como principais autores desse assédio. Wiber et McNeilly (in Oliveira, 2008) refere que os maus-tratos aos idosos começam na família, sendo o mais vulgar o companheiro(a) ou os filhos. Houve idosos que referiram não ter ninguém que os ajudasse em situações de urgência. Este sentimento é continuação da observação anterior, porque percebem que o primeiro apoio deveria provir dos familiares e tal não ocorre. Segundo Paúl (1997) esta falta de apoio familiar tem repercussões no bem-estar psicológico dos idosos.

No índice *“Manter-se Saudável”* é de realçar que no Lar Nossa Senhora da Conceição a maioria dos idosos afirma não exercer actividade física regular (84,2%). Castellón (2003, in Paúl, 2005) afirma que um dos grandes eixos de análise da QV é a actividade física. Este tipo de actividade não tem estado contemplada neste lar; contudo, durante as entrevistas a autora apercebeu-se desta realidade e pode afirmar-se que este estudo já está a ter resultados, dado que foi contratado um técnico na área do desporto em Abril deste ano para o lar supramencionado.

A maioria dos idosos não tem os exames do rastreio do cancro (80%). Esta prática surge, de acordo com as normas emanadas pelo portal da saúde do Ministério da Saúde: *“Nem todos os tumores justificam exames de rotina para a sua detecção em população sem sintomas ou sinais de suspeição”*. Cabe então aos cuidadores do lar e técnicos de enfermagem estar atentos aos sintomas anómalos do corpo de cada idoso para se proceder ao despiste.

No índice da *“Administração da Medicação”* a diferença estatisticamente significativa prende-se com a existência no Lar Nossa Senhora da Conceição de um maior número de idosos a necessitar de apoio: para obter a medicação (n=16), não conseguem tirar a medicação das embalagens (n=8); há um idoso que não toma a medicação conforme a indicação médica (esta situação foi resolvida com a ida do idoso à consulta de clínica geral com o médico do lar); e haver um maior número de idosos que alteraria a forma de tomar a medicação (n=5) (a maioria destes idosos consideram que a medicação para dormir deveria ser em maior quantidade e/ou mais forte).

Os inquiridos apresentam baixas médias na avaliação do risco de quedas (M=2,63) sugerindo risco leve e na pontuação da independência (M=36,09) sugerindo níveis baixos de dependência. Esta tendência não tem diferenças estatisticamente significativas entre os lares. Há que contextualizar esta situação: os lares estão abrangidos por legislação



que promove adaptações para as diferentes necessidades ao idoso. Ou seja, devem ser desprovidos de escadas e/ou ter a alternativa de elevadores; apresentar casas de banho privativas no quarto; incluir adaptações nas casas de banho, como ter duche em vez de banheiras; ter acesso de cadeiras de rodas a todas as divisões; colocar corrimãos em todo o lar para apoio na marcha; adoptar tapetes antiderrapantes nos quartos. Estas características proporcionam ao idoso uma percepção de maior independência. Esta realidade desmonta-se, principalmente, na época natalícia em que os familiares levam os idosos a casa por um período de tempo maior e surgem problemas na independência dos idosos, sendo que muitos deles regressam ao lar antes do previsto.

Os índices “Visão, Audição e Comunicação”, “Cuidar de Si” e “Mobilidade” apresentam índices de incapacidade e QV moderados ($M=1,78$; $M= 22,09$; $M= 15,62$ respectivamente), não havendo diferenças estatisticamente significativas. O envelhecimento é um processo dinâmico concomitante a uma tendência na diminuição da capacidade funcional, quer ao nível celular como orgânico. Assim, ao longo da vida envelhecemos e o corpo vai sofrendo alterações, sendo que os parâmetros funcionais diminuem em cerca de 10% após os 80 anos (Silva, 2009). De relembrar que os idosos deste estudo têm uma média de idades de 83,4 anos, logo terão tendência a apresentar maior dificuldade em algumas AVDs.

Com o envelhecimento assiste-se a alterações da córnea que dificultam a visão, principalmente porque a penetração da luz até à retina aos 70 anos é apenas um terço da quantidade de um jovem (Silva, 2009). Neste estudo, este índice apresenta que a maioria dos idosos não tem este problema com a excepção do Cantinho da Terceira em que os idosos referem ver com dificuldade (61,5%). Silva (2009) alerta que os problemas de visão interferem na QV, pois interfere na sua independência, mobilidade e segurança nas actividades quotidianas. Ao nível auditivo a literatura refere que há uma perda de acuidade de sons de alta-frequência em cerca de 40% a partir dos 70 anos; porém apenas a maioria dos idosos do Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta esta dificuldade (52,6%).

Quanto à capacidade destes idosos cuidarem de si, verifica-se ser necessário apoio: no duche (85,7%), para vestir-se necessitam de apoio parcial ou total (28,6% e 34,6% respectivamente), tarefas domésticas (88,6%) e refeições (77,1%) (estas duas últimas tarefas não são realizadas pelos idosos no lar).

A boca e dentes são um problema existente na maioria destes idosos (60%), que apresentam como principal razão a utilização de próteses dentárias (57,1%); ou seja, a prótese surge como solução para a falta de dentição. No entanto, a solução torna-se um



problema, sugerindo que as próteses dentárias não estão bem adequadas à estrutura da boca destes idosos. A literatura refere que os principais problemas da cavidade oral são: existência de cáries e uso de próteses dentárias mal ajustadas, comprometendo a eficácia da mastigação entre 75% e 80% (Silva, 2009). Desta forma, estes idosos poderão ainda comprometer o seu estado nutricional. Tal só não acontece, porque nestas situações os lares providenciam alimentação apropriada, ou seja, parcial ou totalmente triturada.

Quanto a problemas com a pele, este não é um problema maioritário destes idosos. De qualquer forma, ao longo dos anos a pele vai envelhecendo havendo vários factores que interferem nesse processo, principalmente o excesso de exposição solar continuada durante vários anos, que origina manchas e alterações na epiderme, tornando a pele mais seca, áspera, opaca; com a diminuição do colagénio aparecem as rugas, acentuam-se as pregas e as maçãs do rosto decaem. Kligman (2002, Silva, 2009) afirma que dois terços das pessoas idosas com idade superior a 70 anos tem distúrbio da pele que os fazem recorrer a aconselhamento médico (os mais frequentes são micoses, calosidades e granulações). Neste estudo, os idosos que apresentam estes problemas referem como principal razão a existência de alergias (70%).

Os idosos não conseguem efectuar algumas AVDs (como tomar duche, realizar actividades domésticas e refeições) o que poderá associar-se a alguma falta de mobilidade, o próximo índice em análise. As alterações mais marcantes na mobilidade são a falta de força, dor, desequilíbrio e problemas psicológicos. De realçar que a maioria dos idosos referem dores corporais moderadas ou fortes (28,6% e 31,4%), avaliado no índice *“Saúde Mental e Bem-Estar”*. Botelho (2000, in Paúl, 2005), num estudo com idosos residentes nas suas casas, verificou que uma das principais queixas foi a dor no sistema músculo-esquelético. Neste estudo isto observa-se na incapacidade destes idosos para subir e descer escadas, de necessitar de apoio para andar no exterior e deslocar-se aos serviços públicos. Especificamente no Lar Nossa Senhora da Conceição a maioria necessita de apoio para deslocar-se dentro de casa, porque tem um maior número de idosos a deslocar-se de cadeira de rodas e de outras ajudas técnicas de apoio na marcha, nomeadamente: andarilho e bengala.

Observa-se um risco moderado de admissão hospitalar ($M= 5,21$), não existindo diferenças estatisticamente significativas em ambos os lares. Este item contém a avaliação de questões de alguns índices: *“Cuidar de Si”*, *“Mobilidade”* e *“Saúde Mental e Bem-Estar”*, em que estão inseridas algumas questões onde os idosos apresentaram maior dificuldade de independência, nomeadamente: vestir-se, tomar banho, sentem a



sua saúde como razoável ou fraca, tiveram muitas dores corporais, preocupações com esquecimentos, a maioria sentiu-se deprimido, e teve pouco interesse em fazer coisas.

O índice “*Local de Residência e Finanças*” apresentam uma média de 2,03 o que representa uma satisfação ligeira, não havendo diferenças estatisticamente significativas.

O Lar Nossa Senhora da Conceição apresenta uma percentagem mais elevada de idosos que não conseguem gerir o seu dinheiro (57,9%) e o Cantinho da Terceira Idade é o único que tem um idoso que não está satisfeito com a residência na instituição. Este idoso, até hoje, gostaria de estar em sua casa, mesmo permanecendo na localidade de residência e tendo sido sua a escolha ir para aquele lar. Dado que a maioria dos idosos está satisfeito com a residência, este é um elemento fundamental para um envelhecimento bem-sucedido de acordo com a teoria ecológica de Lawton (1983/89, in Paúl 2005). Assim a adequação da residência às necessidades do idoso e a sua satisfação promove um maior bem-estar.

O índice “*Saúde Mental e Bem-Estar*” apresentam uma média de 10,90 sugerindo problemas moderados a graves. É o índice que exige maior atenção, pois haverá propensão para os problemas evoluírem e agravarem (não há diferenças estatisticamente significativas entre os lares).

De destacar que a maioria dos idosos não consegue realizar actividades importantes para si (54,3%). Destaca-se que o Cantinho da Terceira Idade não apresenta esta tendência, dado que a maioria dos idosos consegue (61,5%) realizar actividades importantes. Esta situação poderá estar ligada ao facto de este lar ter a média da pontuação da independência mais baixa, sugerindo que estes idosos tenham mais capacidades funcionais.

Muitos idosos caracterizam a sua saúde como fraca (48,6%), incluindo o Cantinho da Terceira Idade, mas não o Lar Nossa Senhora da Conceição em que a maioria dos idosos caracteriza a sua saúde como razoável (52,6%). Esta percepção da sua saúde poderá estar ligada ao motivo da institucionalização, dado que a literatura afirma que as principais razões de institucionalização são a perda de redes de apoio, muitas vezes pela perda do cônjuge e doença. Botelho (2000, in Paúl 2005) no seu estudo, verificou que a população idosa inquirida, residente ainda nas suas habitações, percepciona a sua saúde como boa.

A maioria dos idosos (65,7%) tem problemas em dormir. A literatura afirma que o tempo de sono varia com a idade; por exemplo: para pessoas com mais de 60 anos são necessárias 6 horas de sono. Além disso, estruturalmente o sono tem diferenças, o idoso acorda com mais facilidade (Silva, 2009). De acordo com a nossa percepção, nos lares:



Nossa Senhora da Conceição e Cantinho da Terceira Idade, esta situação acontece devido a queixas dos idosos com as dores crónicas e/ou agudas. Durante o período nocturno as vigilantes têm indicações da equipa clínica para massajar os locais de dor com pomadas analgésicas e/ou colocação de sacos de água quente, para além de medicação efectuada.

60% dos idosos inquiridos sentiu-se deprimido e/ou desesperado, o que poderá estar associado à percepção de saúde, algumas limitações na mobilidade, alterações do sono e falta de actividade física. Num estudo longitudinal e qualitativo, Heikinnen (2000, *in* Sousa et al, 2003) verifica que a idade interfere na percepção dos idosos quanto à QV. O autor estudou idosos com 80 anos e, passados cinco anos voltou a inquiri-los, verificando uma alteração no discurso. Cinco anos mais tarde afirmavam que: “*passamos a linha da velhice*” (narrativas de maior declínio). Outro factor é que como a população já é muito idosa, há maior proximidade com o fim e a aprendizagem da despedida dos outros, e o idoso poderá não estar adaptado a esta realidade. Santos et al (2001, *in* Paúl 2005) verificaram que a depressão é uma perturbação psiquiátrica prevalente, em idosos independentemente de estarem ou não institucionalizados.

51,4% sentiu-se com pouco interesse em fazer coisas e preocupado com perdas de memória. Nestas tendências não se encaixa o Cantinho da Terceira Idade, porque a maioria dos idosos consegue ter interesse em fazer coisas (69,2%) e a maioria não apresenta preocupações com perda de memória (53,8%). Tal poderá estar relacionado com a falta de independência registada como inferior no Lar Nossa Senhora da Conceição

O somatório de todos estes índices analisados sugere uma incapacidade/QV moderada (M=102,15), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os lares, o que permite que os idosos inquiridos ainda consigam ter independência na realização de algumas AVDs por conseguinte QV, mesmo inseridos num meio institucional.

8.3. Espiritualidade

A subescala esperança apresenta uma média total (6,90) ligeiramente superior à da crenças (6,25), ou seja, estes idosos têm mais crenças que esperança. Esta tendência verifica-se em ambos os lares, não havendo diferenças estatisticamente significativas. Esta tendência também foi verificada pelos autores da escala no seu estudo designado “Avaliação da Espiritualidade dos sobreviventes de Cancro: implicações na QV”, no qual



referem que pessoas mais velhas ou reformados apresentam médias superiores em relação à crença.

A média global de Espiritualidade é de 12,97, não havendo diferenças estatisticamente significativas. Correlacionando as subescalas da espiritualidade e a escala global não existem correlações significativas com as variáveis: idade, escolaridade, rendimentos, tempo de institucionalização, patologia. Excepto no Cantinho da Terceira Idade que existe uma correlação significativa negativa com a variável escolaridade e subescala esperança e escala global da espiritualidade: maiores habilitações literárias sugerem menor esperança e espiritualidade. Esta tendência também foi demonstrada no estudo dos autores da escala.

8.4. Espiritualidade e Qualidade de Vida

Correlacionando a Espiritualidade e os índices do EASYcare não se verificam correlações estatisticamente significativas, sugerindo que estas variáveis não influenciam uma maior ou menor espiritualidade.

Apenas, os índices *“Saúde e Bem-Estar e Administração da Medicação”* o Cantinho da Terceira Idade e o Total dos lares apresenta correlações significativas negativas: quanto menor a *“Saúde e Bem-Estar”* maior a esperança. Esta tendência vai de encontro à literatura que considera que práticas religiosas e/ou espirituais estão associada a melhor saúde mental e física (Koenig, 2001, in Fleck 2008). Verificou-se também uma correlação positiva significativa para a escala global com o segundo índice, também apenas no Cantinho da Terceira Idade.

8.5. Limites e Perspectivas de Pesquisa

Este estudo apresenta algumas limitações: o Easycare é um instrumento de percepção da QV dos idosos, como muitos dos idosos não conseguem fazê-lo não foi possível inquiri-los. Esta situação tornou-se fulcral no Lar de Terceira em que se conseguiu inquirir apenas 3 idosos.

Futuramente será importante, após as mudanças efectuadas, passados 6 meses voltar a inquirir os mesmos idosos e avaliar se houve melhorias na QV e de que forma a existência delas também interfere na Espiritualidade. Aplicar um instrumento que se aplique a idosos mais dependentes ao nível cognitivo e expressivo para que possa avaliar a QV e Espiritualidade nestes lares e seus familiares.



8.6. Recomendações

A autora exerce actividade profissional nesta instituição. Assim, os resultados do estudo, permitindo um conhecimento extensivo da realidade, possibilitam delinear acções e estratégias no sentido de reorganizar os serviços para proporcionar a melhoria da QV destes idosos “que conheço e que chamo pelo nome”.

Nomeadamente: a maioria dos idosos referem não efectuar actividade física regularmente, é de referir que durante a realização destes inquéritos a autora percepcionou ser um aspecto a melhorar e em Abril foi contratado um profissional com formação na área do desporto.

A maioria dos idosos referiu ter dores corporais fortes, será importante um acompanhamento médico das causas, e dado que a maioria são dores músculo-esqueléticas através da actividade física também poderá haver uma melhoria e consequentemente menores problemas em dormir.

A maioria dos idosos referiu ter preocupações com perdas de memória, de salientar que está a ser implementado, desde Abril pelos animadores sócio-culturais duas vezes por semana, sessões de exercícios de estimulação cognitiva.

A saúde oral seria outro elemento a investir, embora exista um obstáculo: o elevado custo, principalmente nas próteses dentárias.



9. CONCLUSÕES

No conjunto dos três lares em estudo existe uma população de 92 idosos, sendo que apenas 35 (os inquiridos) se encaixam nos critérios de inclusão. O principal motivo da não inclusão prende-se com patologias graves do foro psiquiátrico (47,8%). Desta população acessível o Lar Nossa Senhora da Conceição é aquele com maior contributo (54,3%).

A média de idades dos idosos inquiridos é de 83,4 anos sendo o sexo feminino predominante. Os dados sugerem que os idosos do Lar Nossa Senhora da Conceição e Cantinho da Terceira Idade² têm uma incapacidade/QV moderadas, sendo que os índices onde apresentam maior capacidade/QV (médias mais baixas) são: segurança, manter-se saudável e administração da medicação (este com diferenças estatisticamente significativas entre os lares).

Em geral há muitas similaridades entre os lares, contudo algumas tendências diferenciadoras merecem destaque, demonstrando a falsidade do mito *“todos os idosos se assemelham”* (Bersser, 1995, *in* Fernandes 2002: 29). Silva (2009) afirma que o processo de envelhecimento é único, sendo o resultado de dois factores: genéticos e ambientais. Por exemplo, os idosos do Cantinho da Terceira Idade sentem-se mais inseguros fora de casa, provavelmente pela localização mais isolada deste edifício.

Os idosos que já foram ameaçados e/ou assediados apontam os familiares como principais causadores deste sentimento, confirmando a literatura que refere que os maus-tratos aos idosos começam na família (Wiber et McNeilly, Oliveira 2008).

No índice “Cuidar de Si” a maioria dos idosos refere ter problemas com a boca e dentes (60%). Segundo a OMS a saúde bucal vai além de ter bons dentes, sendo parte integrante da saúde com consequências para o bem-estar (Silva, 2009), nomeadamente na auto-estima. A saúde bucal nos idosos é um desafio para uma faixa populacional que está em franco crescimento. A principal causa de problemas na boca e dentes é a utilização de próteses dentárias desajustadas (Silva, 2009), tendo implicações na alimentação, uma necessidade básica, com impactos na QV.

No índice “Local de Residência e Bem-Estar” verificou-se uma satisfação ligeira, nomeadamente o Lar Nossa Senhora da Conceição tem idosos mais incapazes de gerir o seu dinheiro.

² De acordo com o explicado na metodologia e discussão o Lar de Terceira Idade Frazões não poderá entrar para análise comparativa devido ao baixo número de inquiridos.



A quase totalidade dos idosos está satisfeita com a sua residência (97,1%), elemento fulcral para um envelhecimento bem-sucedido (Paul, 2005) e indicativo de que este grupo de lares está no bom caminho de prestar cuidados e apoio de qualidade.

Verificou-se maior interdependência nos índices “Visão, Audição e Comunicação, Cuidar de Si, Mobilidade”, dado que, a incapacidade dos dois primeiros vai repercutir-se no terceiro. Designadamente a falta de mobilidade pode interferir em a maioria dos idosos ter revelado total incapacidade na realização de tarefas domésticas e refeições e necessitarem de apoio no duche. De acordo com Silva (2009) as alterações mais marcantes na mobilidade são a falta de força, desequilíbrio, dor e problemas psicológicos. Assim, este índice interliga-se com o “Saúde Mental e Bem-Estar”, porque estes idosos apresentam algumas dificuldades na capacidade de se mobilizarem e a maioria apresenta queixas de dores moderadas ou fortes (28,6% e 31,4% respectivamente). Assim, apresentarão maior probabilidade de problemas psicológicos, sendo neste estudo o índice com maior nível de incapacidade/QV é a “Saúde Mental e Bem-Estar”. Os idosos do Cantinho da Terceira Idade não apresentam algumas incapacidades deste índice, nomeadamente: sentimentos de incapacidade de realização de tarefas importantes para si e pouco interesse em fazer coisas. Analisando este índice com a escala da espiritualidade, verifica-se que é um dos poucos índices que apresenta correlação significativa negativa, na subescala da esperança. Provavelmente os idosos do Cantinho da Terceira Idade com maior incapacidade em saúde mental e bem-estar têm maior esperança. Também no Cantinho da Terceira Idade há uma correlação significativa positiva para o índice “*Administração da Medicação*”: quanto maior a capacidade de gestão da medicação maior a espiritualidade. Esta significância não acontece no Lar Nossa Senhora da Conceição, podendo a Espiritualidade ter um efeito de *coping* (uso da religião, espiritualidade e/ou fé para lidar com o stress e os problemas da vida) (Pargment, 1997 in Fleck 2008).

Analisando a escala da espiritualidade e as variáveis socio-económicas, conclui-se que a variável escolaridade apresenta correlações significativas negativas no Cantinho da Terceira Idade, na subescala esperança e na escala global da espiritualidade: quanto maior as habilitações literárias menor a esperança e espiritualidade. Esta tendência foi demonstrada no estudo dos autores da escala (Pinto e Ribeiro, 2007) e reforçada com o facto do Lar Nossa Senhora da Conceição possuir maior nível de escolaridade.

Os idosos inquiridos apresentam uma concordância com a Espiritualidade entre o “Concordo um pouco e Concordo bastante” e têm mais crença que esperança, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os lares. Pinto e Ribeiro (2010)



afirmam que pessoas mais velhas ou reformadas apresentam médias superiores em relação às crenças.

No Cantinho da Terceira Idade há mais variáveis que se correlacionam com a espiritualidade, podendo esta contribuir para uma maior QV destes idosos. Esta tendência é coerente com a definição da QV enunciada no enquadramento teórico. Relembrando, a OMS define QV pela manutenção da saúde no seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual.

O próximo desafio é elaborar um estudo com os idosos mais dependentes cognitivamente, para que possamos chegar cada vez mais e melhor, também junto deles, porque não são nem nunca serão “os esquecidos” da instituição. Este grupo de lares nunca fez nenhuma restrição de patologias no acto da admissão. Porque o seu grande objectivo há 25 anos sempre foi servir cada idoso em ambiente familiar.

E como diz o Sr. Manuel³, após uma desavença com a filha que o queria tirar do lar: *“Esta é a minha casa e daqui já não saio”*.

³ Todos os nomes dos idosos utilizados para enunciar factos reais são fictícios, respeitando-se a privacidade de cada um.



BIBLIOGRAFIA

Actualidades do INE: “O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas”, apresentado na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, entre os dias 8 e 10 de Abril de 2002, em Madrid, www.ine.pt, consultado no dia 20 de Maio de 2010.

ALBERTO, Isidro da Piedade (1991) - *Carvide – ontem e hoje*, Leiria: Edição da Região de Turismo de Leiria – Rota do Sol.

ALMEIDA, António José Pereira dos Santos – *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares - Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado.

BAPTISTA, Myriam Veras (2001) - *A Investigação em Serviço Social*. Lisboa: CPIHTS editores

BARROS, Aidil Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Sousa (1986) - “*Fundamentos de Metodologia: um guia para a iniciação científica*”. São Paulo: Mcgraw-Hill.

BRAVO, Orlando (1988) – *Sociologia*. Porto: Porto Editora.

CANAVARRO, Maria Cristina; SIMÕES, Mário; PEREIRA, Marco; PINTASSILGO, Ana Luísa - *Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projecto*. [consultado em 27/12/2009].Disponível em <http://www.gadsida.org/documentos>.

CARDÃO, Sandra (2009) - *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora.

CARNEIRO, Liciania Correia; Kluppel Berta Lúcia Pinheiro - *Estudo da relação entre Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados. 2008 - VIII conhecimento em debate*. [consultado em 10/02/2010]. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br>

Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003), Instituto António Houaiss de Lexicografia Portugal. Lisboa: Temas e Debates.



FERNANDES, Ana Alexandre (1997) - *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Edições Celta.

FERNANDES, Purificação (2002) - *A Depressão no Idoso*, 2.^a ed., Coimbra: Quarteto Editora.

FERREIRA, Brunno Elias – “O conceito de Qualidade de Vida inserido na atividade física: reflexão sobre concepções e evidências”, *Revista Digital - Buenos Aires*. 2008 - Ano 13 - Nº 122 – Julio. [consultado a 10/01/2010]. Disponível em <http://www.efdeportes.com>.

FILHO, Venâncio Pereira Dantas; SÁ, Flávio César de – “Ensino médico e Espiritualidade”, *O Mundo da Saúde*. 2007 – Abril-Junho n.º 31, p. 273-280.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida & Colaboradores (2008) - *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed editora.

FONSECA, António Manuel (2006) – *O Envelhecimento uma abordagem psicológica*. 2.^a ed., Lisboa: Universidade Católica Editora.

FONTAINE, Roger (2000) – *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

FORTIN, Marie- Fabienne (1999) – *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

GEREMEK, Bronislaw (1986) – *A Piedade e a Força: História da Miséria e da Caridade na Europa*. Lisboa: Terramar editors.

GIL, António Carlos (1987) – *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.

GOOK Roland (1978) – *Homens que transformaram o Mundo*. Sintra: Circulo de Leitores.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro – “O impacto da espiritualidade na saúde física”, *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007 - 34, suplemento 1, p. 88-94. [consultado 10/02/2010]. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/88.html>

JACOB, Luís – *A Velhice*. Lisboa: ISCTE, 2001. Tese de Mestrado.

LIMA, Marinús Pires de (1987) – *O Inquérito Sociológico: problemas de metodologia*. Lisboa: Editorial Presença.

MONTEIRO Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro dos (s/d) – *Psicologia – 2.^a parte*. Porto: Porto Editora.



MOROCO, João; MARQUES, Teresa, Garcia – “Qual a fiabilidade do alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?”, *Laboratório de Psicologia*. 2006 - 4 (1), p. 65-90.

NAZARETH, J.Manuel (2009) – *Crescer e envelhecer: Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.

NERI, Anita Liberalesco (1999) - *Qualidade de Vida e Idade Madura*. 5.^a ed., São Paulo: Papirus Editora.

OLIVEIRA, José H. Barros (2008) – *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 3.^a ed., revista, Porto: Livpsic – edições de psicologia.

PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida – “Qualidade de vida e espiritualidade”, *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2007 - 34, p. 105-115. [consultado a 10/02/2010]. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>

PAREDES, Tiago; SIMÕES, Mário R.; CANAVARRO, Maria Cristina; SERRA, Adriano Vaz; PEREIRA, Marco; QUARTILHO, Manuel João; RIJO, Daniel; GAMEIRO, Sofia e CARONA, Carlos – “Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor”, *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2008, p. 73-87. [consultado a 10/01/2010]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/>.

PÁSCOA, Pedro Manuel Gabriel – *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Monografia de licenciatura.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana – “Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade”, *O Mundo da Saúde*. 2005 - v. 29, n. 4 out/dez. [consultado em 10/02/2010]. Disponível em <http://www.scamilo.edu.br>

PESTANA, João PAULO; ESTEVENS, David; CONBOY, Joseph - “O Papel da Espiritualidade na Qualidade de Vida do Doente Oncológico em Quimioterapia”, *Revista Cons-Ciências*. 2007: Setembro. [consultado em 10/02/2010]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0391.pdf>.

PIMENTEL, Francisco Luís – *Qualidade de Vida do Doente Oncológico*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008. Tese de Doutoramento.



PINTO, Cândida, RIBEIRO, José Luís Pais) – “Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde”, *Arquivos de Medicina*. 2007 - vol. 21, n.º3, p. 47-53).

PINTO, Cândida, RIBEIRO, José Luís Pais – “Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida”, (artigo aceite para publicação na Revista Portuguesa de Saúde Pública 2010).

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin (2006) – *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5.ª ed., Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas.

Rendimento e Condições de Vida 2008 (dados provisórios), *in* Destaque: informação à Comunicação Social, 15 de Julho de 2009. [Consultado no dia 20/05/2010]. Disponível em <http://www.ine.pt>

RIBEIRO, J. Pais; POMBEIRO, T. *Relação entre Espiritualidade, ânimo e Qualidade de Vida em Pessoas Idosas*, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – U. Porto.

RIBEIRO, José Diogo (1908) - *Memórias de Turquel*, Porto: Livraria Figueirinhas Editora.

SÁ, Isabel dos Guimarães (1997) – *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses Editora.

SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS Célia Pereira (2004) – *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2.ª ed., Rio de Janeiro: Editora Interciência.

SILVA, José Vítor da (2009) – *Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. São Paulo: Iátria.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela – “Facilitar os cuidados aos idosos; Uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar”, *Revista Psicologia*. 2000 - 25, p. 19-24.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela – “(In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa”, *Psycologia*. 2003 - 33, p. 109-122.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA Margarida (2004) – *Envelhecer em Família*. Porto: Ambar.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena e FIGUEIREDO, Daniela – “Easycare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas)”. *Revista de Estatística*. (1º quadrimestre 2002). Consultado a [12/12/2009]. Disponível em www.scielo.org/



SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena e FIGUEIREDO, Daniela – “Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa”, *Saúde Pública*. 2003 - 37(3), p.364-71.

VECCHIA, Roberta Dalla; RUIZ, Tania; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini, CORRENTE, José Eduardo – “Qualidade de Vida na terceira idade: um conceito subjectivo”, *Epidemiol.* 2005 - 8(3), p. 246 – 252.

VIDO, Milena Butolo; FERNADES, Rosa Aurea Quintella – “Qualidade de Vida: considerações sobre o conceito e instrumentos de medida”, *Brazilian Journal of Nursing*. 2007 - Vol.6, No 2. [consultado em 8/12/2009]. Disponível em <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/23308>

SILVA, Antônio Itamar da; ALVES, Vicente Paulo (2007) - *Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. História de vida de idosos: superar as adversidades sem perder o senso de integridade*. [Consultado em 26/02/2010]. Disponível em <http://www.fsba.edu.br>.

On-line

www.casapia.pt

www.cm-leiria.pt

www.turquel.com/grutas/etipatur.html

www.cm-alcobaca.pt

www.portaldasaude.pt

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



universidade de aveiro

Consentimento Livre e Informado

Investigador: Berta Pereira Jacinto _____ **Contacto telefónico:** 914281605

Responsável pelo projecto: Liliana Sousa (Universidade de Aveiro, 234 372440)

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, com este estudo procuramos identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 65 anos, considerando diversos tipos: sociais, de saúde, económicas, segurança e habitacionais. Neste sentido, precisamos que responda a um questionário (Easy-care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), que demora cerca de 20 minutos a ser preenchido e a (escala de Avaliação da Espiritualidade).

Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário, qualquer eventual referência será substituída por códigos. Responder a este questionário não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à coordenadora do projecto (ver os contactos no início da folha).

Declaro que:

☐ Não aceito participar

☐ Aceito participar

- Assinatura do participante _____
- Assinatura de testemunha _____
- Assinatura do investigador _____
- Consentimento verbal ☐

ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES



universidade de aveiro

Ex.mos Sr.(s) Proprietários de
Idosos em Família – Lar de 3ª idade de Fernanda Luís e Filhos, Lda.
Cantinho da Terceira Idade e Lar de 3.ª Idade os Frazões

O envelhecimento populacional exige que se conheçam as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados. Assim, eu, Berta Pereira Jacinto, aluna do curso de Mestrado em “Gerontologia”, da Secção Autónoma Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, estou a elaborar a tese intitulada “Qualidade de Vida e Espiritualidade do Idoso Institucionalizado”, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para poder efectuar entrevistas/questionários (Easy-care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas) e (Espiritualidade - Escala de Avaliação da Espiritualidade), na V. instituição aos idosos com mais de 74 anos de idade.

Junto se anexa um exemplar de questionário e entrevista que irá ser efectuada aos vossos clientes.

Mais informo que toda a informação adquirida é estritamente confidencial.

Sem outro assunto de momento,
Com os melhores cumprimentos,

Pede Deferimento

Berta Pereira Jacinto

ANEXO 3: ESCALA DO EASYCARE



universidade de aveiro

EASY-Care Standard

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (auto-cuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.



Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: _____

Dados sócio-demográficos

1. **Sexo:** Feminino ☐ (f) Masculino ☐ (m)

2. **Idade:** _____

3. **Zona de residência:** Rural ☐ (r) Urbana ☐ (u)

4. **Estado civil:**

Solteiro ☐ (s)

Casado(a)/união de facto ☐ (c)

Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d)

Viúvo(a) ☐ (v)

5. **Anos de educação formal:** _____

6. **Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?**

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**

Sozinho ☐ (s)

Em casal ☐ (c)

Com família alargada ☐ (f)

Em instituição ☐ (i)

Outra situação ☐ (o) Qual? _____

8. **Situação profissional**

Empregado(a) a tempo integral ☐ (eti)

Empregado(a) a tempo parcial ☐ (etp)

Desempregado(a) ☐ (de)

Doméstica ☐ (do)

Pensionista ☐ (p)

Reformado(a) ☐ (r)

Estudante ☐ (est)

1. Visão, audição e comunicação

1.1. **Consegue ver (com óculos, se usar)?**

Sim ☐ (0)

Com dificuldade ☐ (1)

Não vê nada ☐ (3)

1.2. **Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?**

Sim ☐ (0)

Com dificuldade ☐ (1)

Não ouve nada ☐ (3)

1.3. **Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?**

Não tem dificuldade ☐ (0)

Dificuldades com algumas pessoas ☐ (1)



Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐ (3)

1.4. Consegue utilizar o telefone?

Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue utilizar o telefone ☐ (3)

2. Cuidar de si

2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (p. ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda para manter a aparência ☐ (5)

2.2. Consegue vestir-se?

Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐ (4)

Não consegue vestir-se ☐ (6)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (1)

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (5)

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) ☐ (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐ (3)

2.6. Consegue preparar as suas refeições

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (2)

Não consegue preparar refeições ☐ (5)

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐ (3)

Não consegue alimentar-se ☐ (8)

2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.



Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐ (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐ (4)

2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ☐ (8)

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister ☐ (8)

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐ (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐ (7)

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐ (7)

3.2. Tem problemas com os seus pés

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____



3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas ☐ (5)

Com alguma ajuda ☐ (7)

Acamado ☐ (8)

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue subir e descer escadas ☐ (4)

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ (0)

Uma vez ☐ (1)

Duas ou mais vezes ☐ (2)

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ (0) Com alguma ajuda ☐ (3) Não consegue andar no exterior ☐ (6)

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐ (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐ (2)

Não consegue ir às compras ☐ (4)

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐ (5)

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (1)

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (1)

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1)

4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1)



4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5. Local de residência e finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ (0) Não ☐ (4)

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim ☐ (S) Não ☐ (N)

6. Manter-se saudável

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações ☐ (N) Com perda de peso ☐ (PP) Com excesso de peso ☐ (EP)

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)



7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ (1) Muito boa ☐ (2) Boa ☐ (3) Razoável ☐ (4) Fraca ☐ (5)

7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca ☐ (1) Por vezes ☐ (2) Muitas vezes ☐ (3)

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.6. No mês passado teve dores corporais?

Não ☐ (0) Sim ☐

Se sim: Muito suaves ☐ (1) Suaves ☐ (2) Moderadas ☐ (3) Fortes ☐ (4)

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

8. Administração de medicação

8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)



8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

9. Avaliação do risco de quedas

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

10. Risco de ruptura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		



11. Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	

ANEXO 4: ESCALA DA ESPIRITUALIDADE



Espiritualidade

Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 4 e marque um X (cruz) no quadrado que melhor indica a sua resposta

	Não concordo [1]	Concordo um pouco [2]	Concordo bastante [3]	Concordo plenamente [4]
1. As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vejo o futuro com esperança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que a minha vida mudou para melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5: QUESTIONÁRIO INDEPENDENTE



universidade de aveiro

Nome da Instituição: _____

Em que data entrou no lar: _____

Qual ou Quais a(s) sua(s) principal(is) patologia(s)? (Marque a sua resposta com um **X**)

Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	Doenças Renais	<input type="checkbox"/>
DPOC	<input type="checkbox"/>	Doenças Reumáticas	<input type="checkbox"/>
Próstata	<input type="checkbox"/>	Outras. Quais?	<input type="checkbox"/>
Neoplasia qual?	<input type="checkbox"/>		

Doenças Depressivas	<input type="checkbox"/>		